

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ANA PAULA HERMANN

**A VIVÊNCIA EM CUIDADO DOMICILIAR NA GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

CURITIBA

2011

ANA PAULA HERMANN

**A VIVÊNCIA EM CUIDADO DOMICILIAR NA GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Ribeiro Lacerda

CURITIBA

2011

Hermann, Ana Paula

A vivência em cuidado domiciliar na graduação em Enfermagem / Ana Paula Hermann. Curitiba, 2011.

122 f.: il ; 30 cm.

Orientadora: Maria Ribeiro Lacerda

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Área de Concentração: Prática Profissional de Enfermagem. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná.

1. Enfermagem. 2. Assistência domiciliar. 3. Ensino. 4. Formação de recursos humanos. I. Lacerda, Maria Ribeiro. II. Título.

NLM : WY 200


## **TERMO DE APROVAÇÃO**

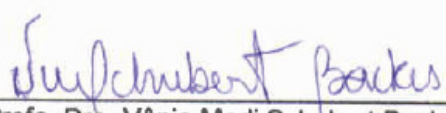
**ANA PAULA HERMANN**

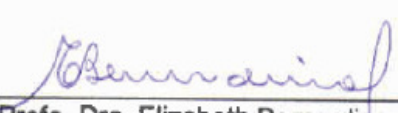
### **A VIVÊNCIA EM CUIDADO DOMICILIAR NA GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem, Área de concentração Prática Profissional de Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

Orientadora:

  
Profa. Dra. Maria Ribeiro Lacerda  
Presidente da Banca: Universidade Federal do Paraná - UFPR

  
Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes  
Membro Titular: Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

  
Profa. Dra. Elizabeth Bernardino  
Membro Titular: Universidade Federal do Paraná - UFPR

Curitiba, 21 de fevereiro de 2011.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, que me agraciou com a bênção de cursar o Mestrado e me manteve forte em todos os momentos.

A minha querida mãe Iracema, exemplo de dedicação, pelo amor incondicional, por estar sempre ao meu lado me incentivando e proporcionando condições para que essa conquista fosse possível. Obrigada pelas suas orações.

A minha adorada e inesquecível avó Joana (*in memoriam*), pelo amor e carinho que sempre teve comigo e por contribuir em muitas conquistas. Sinto muitas saudades.

Ao meu namorado Fenelon, pela cumplicidade, companheirismo, carinho, dedicação, paciência e incentivo. Obrigada por me amar em todos os momentos e por me fazer muito feliz.

As minhas amigas Tatiana e Débora, por todos os momentos vividos nesses quase nove anos de amizade, pelo incentivo e ombro amigo nas horas difíceis e pelas deliciosas risadas nos momentos de alegria.

A amiga Márcia, por se tornar uma grande companheira nesses dois anos de Mestrado, sendo um exemplo de disciplina, organização e dedicação.

As amigas Fernanda e Sílvia, pelo estímulo, por proporcionarem momentos de descontração e compreenderem os momentos de ausência.

As colegas da turma de Mestrado, solidárias em muitos momentos nesses dois anos de convívio. A troca de experiências nos fez crescer e tornou a caminhada mais agradável.

A Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria Ribeiro Lacerda, pela orientação neste estudo. Obrigada por me despertar para a possibilidade de cursar o Mestrado. Seu incentivo foi

fundamental para o início dessa caminhada. Agradeço todos os ensinamentos e momentos compartilhados.

A todas as professoras do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, por compartilharem seus conhecimentos e contribuírem para meu crescimento profissional.

Ao Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano em Enfermagem (Nepeche), por proporcionar riquíssimas discussões e contribuir para o aprimoramento desta pesquisa. Agradeço em especial a Jaqueline Dias do Nascimento e Juliana Julimeire Cunha, pelo auxílio prestado.

As professoras participantes da banca de qualificação e defesa desta dissertação, por suas riquíssimas contribuições.

A Universidade Federal do Paraná, que me ofertou ensino gratuito e de qualidade, na qual venho obtendo formação humana, acadêmica e profissional desde 1998, quando ingressei no Curso Técnico em Enfermagem, da Escola Técnica da UFPR, e, logo após, nos cursos de Graduação, Mestrado e, a partir de 2011, no Doutorado, todos em Enfermagem.

Aos discentes e docentes que aceitaram participar deste estudo, tornando-o realidade.

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), pelo apoio financeiro recebido nos dois anos de Mestrado.

Tudo posso naquele que me fortalece.

Fl 4:13

## RESUMO

HERMANN, A. P. **A vivência em Cuidado Domiciliar na graduação em Enfermagem**. 2011. 122 f. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Universidade Federal do Paraná, Curitiba. Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Ribeiro Lacerda.

Os preceitos das Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Enfermagem indicam que a formação de enfermeiros tem por objetivo capacitá-los para atuar em diferentes cenários da prática profissional. Com a expansão do Cuidado Domiciliar (CD) nas esferas pública e privada, evidencia-se a necessidade de formar enfermeiros aptos para atuar nessa área. Assim, os objetivos desta pesquisa foram interpretar como o cuidado domiciliar à saúde é vivenciado nas aulas teóricas, práticas, estágios e trabalhos pelos docentes e discentes da graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná (UFPR); desenvolver um modelo teórico que contemple essa vivência e propor estratégias de aprimoramento dos conteúdos e práticas de cuidado domiciliar à saúde ministrados na graduação em Enfermagem da UFPR. Trata-se de pesquisa qualitativa que utilizou como método a Teoria Fundamentada nos Dados. Para construção do modelo teórico, foram entrevistados três grupos amostrais. O primeiro grupo foi composto por cinco acadêmicos do último ano da graduação em Enfermagem que tiveram 40 horas/aula de CD; o segundo foi formado por três acadêmicos do último ano da graduação em Enfermagem que tiveram 70 horas/aula de CD; e o terceiro grupo amostral foi composto por cinco docentes que ministram conteúdos relacionados ao CD. Ao todo foram realizadas 13 entrevistas semiestruturadas. A coleta e análise simultânea dos dados permitiram interpretar o fenômeno “A vivência em Cuidado Domiciliar na graduação em Enfermagem”, que tem como categoria central “Vivenciando o Cuidado Domiciliar na graduação em Enfermagem”. As causas do fenômeno foram explicitadas na categoria “Aproximando-se do Cuidado Domiciliar”; as estratégias, na categoria “Desenvolvendo o processo ensino-aprendizagem do Cuidado Domiciliar”; as condições intervenientes, na categoria “Deparando-se com nuances do Cuidado Domiciliar”; e as consequências, nas categorias “Ampliando os conhecimentos relacionados ao Cuidado Domiciliar” e “Propondo estratégias para o aprimoramento do processo ensino-aprendizagem do Cuidado Domiciliar”; e o contexto em que o fenômeno ocorreu foi explicitado na categoria “Compreendendo o Cuidado Domiciliar no sistema de saúde”. O modelo teórico construído permitiu visualizar que ao existir uma carga horária específica para o ensino do CD ampliam-se os conhecimentos dos acadêmicos nessa área. Assim, este estudo possibilita um direcionamento às Instituições de Ensino Superior que pretendem inserir o CD em seus currículos ao compartilhar a vivência em CD na graduação em Enfermagem da UFPR e demonstrar suas potencialidades e fragilidades, entretanto, devem ser consideradas as limitações existentes na vivência citada e a realidade de cada instituição, com o intuito de aperfeiçoar novas iniciativas, o que demonstra a necessidade de constantes pesquisas na área.

Palavras-chave: Enfermagem. Assistência domiciliar. Ensino. Formação de recursos humanos.



## ABSTRACT

HERMANN, A. P. **The Experience in Home Care in the Nursing Graduation.** 2011. 122 f. Dissertation [Nursing Master's degree] - Federal University of Paraná, Curitiba. Advisor: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Ribeiro Lacerda.

The precepts of the National Curricular Guidelines of the Nursing degree course indicate that the nurses' formation has for objective to qualify them to perform in different sceneries of the professional practice. With the expansion of the Home Care (HC) in the public and private spheres, the need of forming capable nurses to perform in that area is evidenced. Therefore, the objectives of this research were to interpret how the health home care is experienced in the theoretical classes, practices, trainees, teachers and students works of the Federal University of Paraná (UFPR) Nursing Graduation; to develop a theoretical model that contemplates this experience and to propose contents improvement strategies and health home care practices to minister in the UFPR Nursing graduation. It is about qualitative research that uses as a method the Theory Based in the Data. For the theoretical model construction, three sample groups were interviewed. The first group was composed by five students of the last academic year of the Nursing graduation that had 40 class hours of HC; the second was formed by three students of the last academic year of the Nursing graduation that had 70 class hours of HC; and the third sample group was composed by five professors that minister contents related to the Home Care (HC). After all 13 semi-structured interviews were accomplished. The collect and simultaneous analysis of the data allowed to interpret the phenomenon "The experience in Home Care in the Nursing graduation", that has as central category "Living the Home Care in the Nursing graduation". The causes of the phenomenon were explicit in the category "Approaching to the Home Care"; the strategies, in the category "Developing the process teaching-learning of the Home Care"; the intervening conditions, in the category "Coming across nuances of the Home Care"; and the consequences, in the categories "Enlarging the knowledge related to the Home Care" and "Proposing strategies for the Home Care teaching-learning process improvement"; and the context where the phenomenon happened was explicit in the category "Understanding the Home Care in the health system". The theoretical model built allowed to visualize that when a specific workload exist for the teaching of the HC, the academics' knowledge are enlarged in that area. Therefore, this study makes possible a directional to the Institutions of Graduation that intend to insert the HC in their curriculum when sharing the existence in HC in the Nursing graduation of the UFPR and to demonstrate their potentialities and fragilities, however, should be considered the existent limitations in the mentioned experience and the reality of each institution with the intention of improving new initiatives, what demonstrates the need of constants researches in the area.

Keywords: Nursing. Home Nursing. Teaching. Human Resources Formation.

## LISTA DE DIAGRAMAS

DIAGRAMA 1 – PROCESSO DA TEORIA FUNDAMENTADA .....	37
DIAGRAMA 2 – CATEGORIA “APROXIMANDO-SE DO CUIDADO DOMICILIAR” E SUAS SUBCATEGORIAS.....	49
DIAGRAMA 3 – CATEGORIA “DESENVOLVENDO O PROCESSO ENSINO- APRENDIZAGEM DO CUIDADO DOMICILIAR” COM SUAS SUBCATEGORIAS E SEUS COMPONENTES.....	52
DIAGRAMA 4 – CATEGORIA “DEPARANDO-SE COM NUANCES DO CUIDADO DOMICILIAR” COM SUAS SUBCATEGORIAS E SEUS COMPONENTES .....	67
DIAGRAMA 5 – CATEGORIA “AMPLIANDO OS CONHECIMENTOS RELACIONADOS AO CUIDADO DOMICILIAR” COM SUAS SUBCATEGORIAS .....	74
DIAGRAMA 6 – CATEGORIA “PROPONDO ESTRATÉGIAS PARA APRIMORAMENTO DO PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM DO CUIDADO DOMICILIAR” COM SUAS SUBCATEGORIAS.....	80
DIAGRAMA 7 – CATEGORIA “COMPREENDENDO O CUIDADO DOMICILIAR NO SISTEMA DE SAÚDE” COM SUAS SUBCATEGORIAS .....	84
DIAGRAMA 8 – VIVENCIANDO O CUIDADO DOMICILIAR NA GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM.....	92

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – MODELO DE CATEGORIZAÇÃO .....	41
QUADRO 2 – MODELO DE NOTA METODOLÓGICA .....	42
QUADRO 3 – MODELO DE NOTA TEÓRICA .....	42
QUADRO 4 – CATEGORIAS DO FENÔMENO “A VIVÊNCIA EM CUIDADO DOMICILIAR NA GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM” .....	45
QUADRO 5 – CATEGORIAS, SUBCATEGORIAS E COMPONENTES DO FENÔMENO “A VIVÊNCIA EM CUIDADO DOMICILIAR NA GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM” .....	48

## LISTA DE SIGLAS

ABEM	–	Associação Brasileira de Educação Médica
ABEn	–	Associação Brasileira de Enfermagem
Capes	–	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CD	–	Cuidado Domiciliar
CES	–	Câmara de Educação Superior
CNE	–	Conselho Nacional de Educação
CNPq	–	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
Cofen	–	Conselho Federal de Enfermagem
CVB	–	Cruz Vermelha Brasileira
DCN	–	Diretrizes Curriculares Nacionais
DNSP	–	Departamento Nacional de Saúde Pública
EEAP	–	Escola de Enfermagem Alfredo Pinto
EEUFBA	–	Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia
ESF	–	Estratégia Saúde da Família
EUA	–	Estados Unidos da América
GT	–	<i>Grounded Theory</i>
IES	–	Instituição de Ensino Superior
LDB	–	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
MEC	–	Ministério da Educação
Pibic	–	Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
Senaden	–	Seminário Nacional de Diretrizes para a Educação em Enfermagem
SESu	–	Secretaria de Educação Superior
SUS	–	Sistema Único de Saúde
TCLE	–	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFD	–	Teoria Fundamentada nos Dados
UFF	–	Universidade Federal Fluminense
UFPR	–	Universidade Federal do Paraná
Unesco	–	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
Unirio	–	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>18</b>
2.1 TRAJETÓRIA DO ENSINO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM NO BRASIL ..	18
2.2 O CUIDADO DOMICILIAR À SAÚDE NO BRASIL: ASPECTOS RELEVANTES PARA A ENFERMAGEM .....	23
2.3 O CUIDADO DOMICILIAR À SAÚDE NO EXTERIOR: ASPECTOS RELEVANTES PARA A ENFERMAGEM.....	27
<b>3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....</b>	<b>35</b>
3.1 PESQUISA QUALITATIVA.....	35
3.2 TEORIA FUNDAMENTADA NOS DADOS.....	35
3.2.1 Amostragem teórica .....	38
3.2.2 Local da pesquisa .....	39
3.2.3 Coleta de dados .....	40
3.2.4 Análise dos dados .....	40
3.2.4.1 Codificação aberta.....	41
3.2.4.2 Codificação axial .....	43
3.2.4.3 Codificação seletiva.....	45
3.2.5 Aspectos Éticos .....	47
<b>4 APRESENTAÇÃO DOS DADOS.....</b>	<b>48</b>
4.1 APROXIMANDO-SE DO CUIDADO DOMICILIAR.....	49
4.1.1 Obtendo conteúdo de Cuidado Domiciliar na disciplina de Estágio Supervisionado I .....	49
4.1.2 Relacionando alguns conteúdos de Cuidado Domiciliar em outras disciplinas ....	50
4.1.3 Trazendo contato prévio com o Cuidado Domiciliar .....	51
4.2 DESENVOLVENDO O PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM DO CUIDADO DOMICILIAR.....	52
4.2.1 Tendo aulas teóricas de Cuidado Domiciliar .....	52
4.2.2 Realizando estágio em Cuidado Domiciliar .....	55
4.3 DEPARANDO-SE COM NUANCES DO CUIDADO DOMICILIAR .....	67
4.3.1 Experienciando sentimentos ao realizar o Cuidado Domiciliar .....	67
4.3.2 Vivenciando situações diversas no domicílio .....	68
4.3.3 Encontrando dificuldades ao atuar no domicílio .....	71

4.3.4 Encontrando facilidades ao atuar no domicílio .....	73
4.4 AMPLIANDO OS CONHECIMENTOS RELACIONADOS AO CUIDADO DOMICILIAR .....	74
4.4.1 Compreendendo as características do Cuidado Domiciliar .....	74
4.4.2 Identificando os atributos necessários para o Cuidado Domiciliar .....	78
4.4.3 Conhecendo formas para se preparar para o Cuidado Domiciliar .....	79
4.5 PROPONDO ESTRATÉGIAS PARA APRIMORAMENTO DO PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM DO CUIDADO DOMICILIAR.....	80
4.5.1 Sugerindo carga horária adequada .....	80
4.5.2 Propondo integração do conteúdo de Cuidado Domiciliar em outras disciplinas ...	82
4.5.3 Ampliando o número de docentes <i>experts</i> em Cuidado Domiciliar .....	82
4.6 COMPREENDENDO O CUIDADO DOMICILIAR NO SISTEMA DE SAÚDE .....	83
4.6.1 Percebendo o Cuidado Domiciliar no sistema de saúde .....	84
4.6.2 Visualizando a atuação dos profissionais de saúde no Cuidado Domiciliar .....	85
<b>5 INTERPRETANDO A VIVÊNCIA EM CUIDADO DOMICILIAR NA GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM .....</b>	<b>87</b>
<b>6 DISCUTINDO COM AUTORES .....</b>	<b>93</b>
<b>7 PROPONDO ESTRATÉGIAS PARA APRIMORAMENTO DOS CONTEÚDOS E PRÁTICAS DE CUIDADO DOMICILIAR MINISTRADOS NO CURSO DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ .....</b>	<b>103</b>
<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>105</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>109</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>119</b>
<b>ANEXO .....</b>	<b>122</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Os processos educativos buscam a passagem do estado de desconhecimento relativo para um estado de conhecimento capaz de transformar a realidade (ITO *et al.*, 2006, p. 571).

A educação é elemento essencial à vida humana, ela representa a mediação entre o ambiente cultural do contexto social e a atividade que o ser humano desempenha. Os conhecimentos articulados durante os processos educativos garantem o êxito na organização dos saberes e das práticas que fundamentam a formação profissional (OLIVEIRA; VOGT, 2009). Assim, a educação, como um processo social, vai além da educação formal, e necessita de sistematização para instrumentalizar indivíduos capazes de gerar e realizar as mudanças desejadas (ITO *et al.*, 2006) .

Neste contexto de ensinar e aprender, a formação de profissionais da área da saúde requer considerar condicionantes políticos, econômicos, sociais, culturais e as influências do modelo neoliberal que contribuem para desigualdades e exclusão de muitos (BACKES; NIETSCHE, 2009).

Na atualidade, a educação dos profissionais de saúde procura superar contradições, ampliar as experiências já vividas e romper com o instituído na busca de inovações. Advogam em favor a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) e a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) que se destacam ao propor serviços de saúde mais resolutivos e equânimes, orientados pelos princípios da universalidade e integralidade (MARCH; FERNANDEZ; PINHEIRO, 2006).

### O alcance da integralidade

demandam uma reconfiguração da atenção à saúde nos diversos espaços dos serviços de saúde – unidades básicas, ambulatorios de especialidades ou referência, serviço diversificado de apoio diagnóstico ou terapêutico, diversas modalidades de atendimento hospitalar, programa de acompanhamento ou internação domiciliar básica, serviços substitutivos ou alternativos aos desenhos tradicionais de assistência, mas também da gestão ou coordenação em rede e de formulação e avaliação de políticas (MARCH; FERNANDEZ; PINHEIRO, 2006, p. 189).

Os espaços de saúde citados, entre eles o domicílio, são cenários de aprendizagem. Nesses locais, a formação profissional em saúde seguirá os paradigmas estabelecidos nos projetos pedagógicos dos cursos. No entanto, no

processo de formação dos profissionais de saúde são discutidas transformações na organização dos cursos e nas práticas pedagógicas adotadas (MACÊDO *et al.*, 2006).

Nesta perspectiva de transformações do processo ensino-aprendizagem e de inúmeros fatores que podem interferir nesse processo, as políticas de educação assumem uma nova configuração.

Em 1996, a Lei nº. 9.394 – Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) – trouxe novas responsabilidades para as Instituições de Ensino Superior (IES), ao possibilitar a formação de diferentes perfis profissionais que melhor se adaptem ao “mundo do trabalho” (aspas das autoras). Essa flexibilidade da lei representa um avanço, porém, profissionais e educadores precisam estar atentos e compromissados para que o ensino não seja determinado pelos interesses dominantes, e sim proporcione mudanças que atendam a sociedade e suas necessidades de saúde (GALLEGUILLLOS; OLIVEIRA, 2001).

A LDB prevê uma reestruturação dos cursos de graduação com a extinção dos currículos mínimos e a adoção de diretrizes curriculares específicas para cada curso. Assim, para atender às exigências da LDB, foram criadas as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) dos Cursos de Graduação em Saúde (ITO *et al.*, 2006).

Os preceitos das DCNs vêm ao encontro das mudanças pelas quais a atenção à saúde da população está passando – do espaço público tradicional (hospitais e unidades de saúde) para o espaço privado (domicílio) – que ocorrem de forma tão rápida que as instituições ainda não foram capazes de compreender, regulamentar e até formar novos profissionais com papéis e funções definidos para atuar neste espaço (CRUZ; BARROS; ALVES, 2002).

Desta forma, percebe-se, entre as perspectivas das DCNs em Enfermagem, a importância da inclusão do ensino do Cuidado Domiciliar (CD), pois se recomenda que os enfermeiros devem atuar em diferentes cenários da prática profissional (BRASIL, 2001) por ser esta área um campo de atuação em expansão para esses profissionais, que precisarão ter maior autonomia, competência técnica e responsabilidade ao atuar nos domicílios (LACERDA; PRZENYCZKA, 2008).

Logo, a seleção dos cenários de aprendizagem é determinante na formação dos profissionais de saúde ao propiciar a prática do cuidado, prática de gestão e prática política do exercício da profissão (MACÊDO *et al.*, 2006). Portanto, é



imprescindível rever aspectos do ensino do CD, já que esta é uma área de atuação que vem ganhando espaço nos últimos anos e necessita de profissionais de saúde preparados para atender às necessidades da sociedade e às exigências do mundo globalizado.

Nesse sentido, os docentes buscam construir um novo perfil profissional capaz de reestruturar e aprimorar saberes. Ao perceberem a diversidade nas práticas de atendimento, como o CD, é necessário abordar conceitos de assistência à saúde domiciliar, cuidado aos cuidadores familiares, ensino do cuidado aos cuidadores, interação entre profissional/ser cuidado e profissional/família (MARTINS *et al.*, 2005).

Ressalta-se que o discente

deve ser levado a formar uma nova identidade e tornar-se capaz de se reconhecer, de ser mais livre de modelos, adquirir autonomia, mas, ao mesmo tempo, ter um conhecimento geral, complexo e ancorado em valores morais e éticos, usando a sensibilidade como princípio básico (MARTINS *et al.*, 2005, p. 88).

A formação dos profissionais de saúde precisa acompanhar as novas perspectivas e os discentes devem estar conscientes da existência dessas áreas e da necessidade de capacitação para acompanhar as transformações. Busca-se a sensibilização dos discentes ao mostrar as características, diversidades e possibilidades de atuação no domicílio (MARTINS *et al.*, 2005).

No CD, “a atuação da enfermagem assume um caráter multidimensional, com variadas possibilidades de expansão, tanto no âmbito da abrangência dos cenários de atuação, quanto ao direcionamento da assistência a ser prestada” (MAFALDA; GIRARDON-PERLINI, 2007, p. 360).

Nesse contexto, a questão que norteia este estudo é: Como o cuidado domiciliar à saúde é vivenciado pelos discentes e docentes da graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná (UFPR)?

E os objetivos desta pesquisa são: interpretar como o cuidado domiciliar à saúde é vivenciado nas aulas teóricas, práticas, estágios e trabalhos pelos discentes e docentes da graduação em Enfermagem da UFPR; desenvolver um modelo teórico que contemple a vivência em cuidado domiciliar à saúde dos discentes e docentes da graduação em Enfermagem da UFPR e propor estratégias

de aprimoramento dos conteúdos e práticas de cuidado domiciliar à saúde ministrados na graduação em Enfermagem da UFPR.

Esta pesquisa integra o projeto do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (Pibic) 2008-2010 da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Ribeiro Lacerda intitulado: “A formação dos profissionais de saúde no cuidado domiciliar à saúde – como esta realidade é vivenciada?” Que visa interpretar como o cuidado domiciliar à saúde é ensinado/aprendido/vivenciado nas aulas teóricas, práticas, estágios e trabalhos, nos cursos de graduação em saúde do Setor de Ciências da Saúde da UFPR (Enfermagem, Farmácia, Medicina, Nutrição, Odontologia e Terapia Ocupacional) e está inserido na linha de pesquisa Políticas e Práticas de Educação, Saúde e Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPR.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura desta pesquisa está dividida em três itens com a finalidade de auxiliar na compreensão de como ocorre a formação para o CD. O primeiro item refere-se à trajetória do ensino de graduação em Enfermagem no Brasil, o segundo aborda aspectos do CD no Brasil relevantes para a Enfermagem e o terceiro item explicita a experiência do CD no exterior.

### 2.1 TRAJETÓRIA DO ENSINO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM NO BRASIL

A primeira tentativa de sistematizar o ensino de Enfermagem no Brasil ocorreu em 1890 com a criação da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras no Rio de Janeiro, com o intuito de formar enfermeiros para hospícios e hospitais civis e militares, sem adotar ainda a concepção de Enfermagem moderna (TEIXEIRA *et al.*, 2006).

Essa escola foi criada pelo Decreto Federal nº. 791, de 27 de setembro de 1890, e atualmente é denominada Escola de Enfermagem Alfredo Pinto (EEAP) e pertence à Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (Unirio). A formação de seus profissionais seguia os moldes das Escolas de Salpêtrière na França, com dois anos de duração e enfoque na assistência hospitalar (GEOVANINI, 2010).

Em 1894, foi criado, em São Paulo, o Hospital Samaritano, que atendia membros da comunidade evangélica, estrangeiros e brasileiros que residiam no estado. As enfermeiras eram predominantemente inglesas e, a partir de 1896, o hospital começou a receber alunas em regime de internato, que moravam na instituição e recebiam supervisão da gerente de Enfermagem. Até 1905, apenas cinco enfermeiras foram formadas pelo hospital e, em 1908, no seu quadro de funcionários já trabalhavam algumas enfermeiras brasileiras (OGUISSO, 2007a).

A Cruz Vermelha preocupava-se em treinar voluntários e enfermeiras para atender as emergências da guerra. Assim, em 1912, a filial da Cruz Vermelha Brasileira (CVB) em São Paulo instituiu um curso para a formação de enfermeiras. No Rio de Janeiro, em 1914, foi criado um curso para formação de voluntárias e, em 1916, um curso para formar enfermeiras profissionais (OGUISSO, 2007b).

A criação desses cursos de Enfermagem veio atender as necessidades emergenciais de cada momento histórico nacional, sem atender aos padrões da Enfermagem moderna instituídos por Florence Nightingale, em Londres, em 1860 (FERNANDES, 2006).

Com o Decreto nº. 3.987, de 02 de janeiro de 1920, houve a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) e a partir daí foram iniciados os trabalhos de profilaxia de doenças transmissíveis, verificação das condições sanitárias dos portos e educação sanitária da população (OLIVEIRA; VOGT, 2009).

O diretor do DNSP foi o médico sanitarista Carlos Chagas, que, ao assumir o cargo, coordenou a reforma sanitária e firmou parceria com a Fundação Rockefeller para o desenvolvimento de um programa de cooperação técnica, sendo enviadas para o Brasil, pelo governo americano, algumas enfermeiras com a missão de organizar o serviço de Enfermagem (OGUISSO, 2007a).

Ethel Parsons foi a enfermeira americana que chefiou a missão técnica que tinha como objetivo promover as mudanças exigidas pela reforma de Carlos Chagas. Ao chegar ao Rio de Janeiro em 1921, Ethel identificou que os hospitais estavam superlotados e que não existia na cidade uma escola de Enfermagem que formasse enfermeiras segundo o modelo nightingaleano (OGUISSO, 2007a).

Assim, em 1923 foi criada a Escola de Enfermeiras do DNSP, que, em 1926, passou a se chamar Escola de Enfermeiras Anna Nery, sendo considerada a primeira escola de Enfermagem moderna do país criada dentro dos moldes nightingaleanos (FERNANDES, 2006).

A Escola de Enfermagem Anna Nery, apoiada por uma política de interesse em desenvolver a profissão, selecionava, para serem suas acadêmicas, moças com condições socioeconômicas mais elevadas e com maior nível de escolaridade (GEOVANINI, 2010).

O Decreto nº. 20.109, de 15 de junho de 1931, determinava que as escolas de Enfermagem deveriam se equiparar ao padrão oficial da Escola Anna Nery. A Escola de Enfermagem Carlos Chagas, fundada em 1933 em Belo Horizonte, foi a primeira a formar enfermeiras religiosas no Brasil e seguia esse padrão. Outras duas escolas, criadas por iniciativa de igrejas evangélicas no interior de Goiás, em Rio Verde (1933) e Anápolis (1937), igualmente seguiram as premissas da instituição de ensino Anna Nery, bem como as escolas da CVB no Rio de Janeiro, e em São Paulo, a

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, assim como outras que foram criadas (OGUISSO, 2007a).

Nessa época, a Enfermagem se desenvolveu sob os ideais da saúde pública, voltada para a questão do saneamento dos portos e núcleos urbanos. Desta forma, as enfermeiras formadas pela Escola Anna Nery trabalhavam no combate às endemias e realizavam atendimento domiciliar aos doentes particulares. Portanto, até final da década de 30, a Saúde Pública oferecia o maior número de vagas de trabalho (ANGERAMI; STEAGALL-GOMES, 1996).

As mudanças econômicas, a mobilização das classes populares urbanas ocorridas na década de 30, a aceleração do processo de substituição das importações e o fortalecimento do processo de industrialização na década de 40, exigiram uma força de trabalho qualificada e com saúde (FERNANDES, 2006).

Desse modo, atendendo às demandas da época, o Estado, por meio da Lei nº. 775, de 06 de agosto de 1949, determinou a duração de 36 meses para o curso de Enfermagem, compreendidos os estágios práticos, e propôs a ampliação do número de escolas ao determinar que em cada Centro Universitário, ou sede de Faculdade de Medicina, deveria existir uma escola de Enfermagem (FERNANDES, 2006).

A ampliação dos cursos de graduação em Enfermagem no Brasil ocorreu de modo significativo, pois até 1947 existiam 16 cursos no país e de 1947 a 1964 foram criados mais 23 (TEIXEIRA *et al.*, 2006).

Entre as décadas de 30 e 60, o Brasil passou por um período de consolidação da industrialização, houve ênfase nas tecnologias hospitalares e na indústria farmacêutica, o que privilegiou o enfoque curativista. Os enfermeiros, portanto, estavam concentrados na área hospitalar, deixando a saúde pública em segundo plano (GEOVANINI, 2010).

Essa situação, aliada às contradições observadas na Lei nº. 775/49 pelas profissionais de Enfermagem, culminou em lutas pelos interesses e objetivos específicos da classe, que encontraram apoio na mobilização das classes trabalhadoras e nos movimentos estudantis no final da década de 50. Destarte, em 1962, o Parecer nº. 271, de 19 de outubro, estabeleceu o currículo mínimo da graduação em Enfermagem. Passou a existir um curso geral e duas alternativas para especialização precoce. Com esse currículo, algumas disciplinas foram

excluídas, como Ciências Sociais e Enfermagem em Saúde Pública, que passou a ser uma especialização de caráter optativo (FERNANDES, 2006).

Crescia a insatisfação das profissionais em relação ao novo currículo e, por meio de sua entidade de classe (ABEn), foram levantados inúmeros questionamentos. Paralelamente a esse movimento, ocorria uma mobilização estudantil que pressionava por maior oportunidade de acesso às universidades, mais recursos para educação e melhor qualidade de ensino, culminando com a promulgação da Lei nº. 5.540, de 28 de novembro de 1968, que fixou as normas de organização e financiamento do ensino superior e sua articulação com a escola média (FERNANDES, 2006).

Com essa Lei, o Conselho Federal de Educação exigiu a revisão dos currículos mínimos dos cursos superiores, assim, o Parecer nº. 163, de 27 de janeiro de 1972, aprovado pela Resolução nº. 4, de 25 de fevereiro de 1972, estabeleceu o currículo mínimo para o curso de Enfermagem, voltado para o modelo hospitalocêntrico, biologicista e individualista, que dificultava a compreensão dos determinantes sociais do processo saúde/doença (TEIXEIRA *et al.*, 2006).

O novo currículo atendeu algumas reivindicações como aumento da duração do curso e inclusão do ensino das Ciências Sociais, no entanto, manteve a exclusão da Enfermagem em Saúde Pública (FERNANDES, 2006), o que demandou discussões polêmicas e esforços da categoria por meio de eventos promovidos pela ABEn em parceria com a Comissão de Especialistas de Enfermagem da Secretaria de Educação Superior (SESu) do Ministério da Educação (MEC) (VALE; FERNANDES, 2006).

No final da década de 70 e início da década de 80, ocorreram diversos movimentos reivindicatórios na área da saúde, pois houve um intenso crescimento industrial no Brasil, mas o plano social e de saúde não acompanharam esse crescimento, o que culminou com diversos movimentos políticos e sociais, a citar: VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986; promulgação da Constituição Brasileira em 1988 e, posteriormente, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) que deram novo direcionamento ao processo de formação do enfermeiro (GEOVANINI, 2010).

A ABEn, que sempre dedicou parte de seu trabalho às questões da educação em Enfermagem, desencadeou um debate mobilizando docentes, discentes e profissionais com objetivo de construir coletivamente um projeto educacional para a

Enfermagem brasileira. A riqueza das discussões resultou na homologação da Portaria nº. 1.721, do Ministério da Educação, em 15 de dezembro de 1994, que criou um novo currículo para a graduação em Enfermagem (TEIXEIRA *et al.*, 2006).

Com a adesão a esse novo currículo, definiu-se a carga horária mínima do curso em 3.500 horas e foram criados eixos temáticos, cada qual com sua carga horária definida. No entanto, estavam ausentes disciplinas da área da educação, e a delimitação da carga horária daqueles eixos descontentou os profissionais, pois caracterizava um controle sobre o processo de formação do enfermeiro, desconsiderando as características institucionais e regionais (FERNANDES, 2006).

A ABEn, ao manter seu envolvimento e contribuição ao desenvolvimento da Enfermagem brasileira, criou, a partir de 1994, os Seminários Nacionais de Diretrizes para a Educação em Enfermagem no Brasil (Senadens), que são espaços de discussão das questões educacionais da Enfermagem (VALE; FERNANDES, 2006).

Em 1996, abre-se espaço para a flexibilização dos currículos de graduação e expansão dos cursos e vagas na educação superior com a aprovação da LDB. Na Enfermagem, acentuou-se a expansão dos cursos de graduação nesse período, pois em 1991 existiam 106 cursos de Enfermagem, de 1991 a 1996 foram criados mais cinco cursos, e de 1996 a 2004 foram criados 304 cursos (TEIXEIRA *et al.*, 2006).

Para atender às expectativas de uma formação diferenciada aos enfermeiros, a ABEn e a Comissão de Especialistas em Enfermagem da SESu promoveram estudos nacionais para definir parâmetros e diretrizes que norteassem a formação dos enfermeiros, culminando com a instituição das DCNs do Curso de Graduação em Enfermagem, pela Resolução nº. 3, de 07 de novembro de 2001, do Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior (CNE/CES) (GEOVANINI, 2010).

Alicerçadas na nova LDB, as DCNs têm propostas que visam contribuir para o debate do processo de aprendizagem e norteiam as competências e habilidades dos profissionais para a busca da atenção à saúde integral na tentativa de atender às necessidades e exigências do SUS (SANTANA *et al.*, 2005).

Segundo Backes e Nietzsche (2009), as DCNs do curso de Enfermagem atendem a algumas solicitações encaminhadas pela ABEn, oriundas das discussões da entidade com a participação de segmentos da Enfermagem, da saúde e educação. As DCNs consideram ainda os princípios da universalidade, integralidade, equidade e participação social que fazem parte da nova visão sanitária.

Assim, ao atender às recomendações da LDB e das DCNs, as IES proporcionam a formação de profissionais críticos, reflexivos, capazes de solucionar problemas de saúde da sociedade, com participação efetiva no sistema de saúde (ITO *et al.*, 2006).

Nesse contexto, destaca-se que a diversidade de cenários de aprendizagem propicia mudanças na formação centrada no ambiente hospitalar e no fisiopatológico do paciente e facilita aproximação da realidade socio sanitária da população (LOPES NETO *et al.*, 2007). Portanto, o ensino do CD é essencial nos cursos de graduação em Enfermagem, pois o domicílio é um ambiente de cuidado que proporciona experiências únicas na formação acadêmica dos profissionais. O profissional, ao realizar o CD, aproxima-se do paciente e da família e pode, assim, compreender e agir de acordo com a realidade em que está inserido.

## 2.2 O CUIDADO DOMICILIAR À SAÚDE NO BRASIL: ASPECTOS RELEVANTES PARA A ENFERMAGEM

A prestação de cuidados aos doentes no domicílio existe desde o princípio da humanidade. Os cuidados eram realizados por familiares ou pessoas próximas e suas práticas não estavam fundamentadas em premissas científicas (FERRAZ *et al.*, 2006).

Essa prática perdurou por muito tempo, pois até o final do século XVIII, a função do hospital era prestar assistência aos pobres e miseráveis que recebiam cuidados de religiosos ou leigos. A instituição hospitalar, portanto, era utilizada para cuidar dos “desamparados” pela sociedade (CHAVES, 2004), e a função médica era exercida exclusivamente no domicílio (FERRAZ *et al.*, 2006).

Com a evolução científica e tecnológica, essa realidade passou por diversas modificações. Os hospitais transformaram-se em centros de tratamento, divididos em vários níveis de atenção e passaram a concentrar os atendimentos. A predominância da assistência hospitalar criou em alguns locais a superlotação de leitos hospitalares, assim, nos EUA em 1947 e na França em 1951, verificou-se o retorno às experiências do CD (FERRAZ *et al.*, 2006).

No Brasil, antes de 1890, a Enfermagem era praticada com base na solidariedade humana, no senso comum, nas crendices e no misticismo. O



profissionalismo teve início com a prestação de cuidados a enfermos no domicílio (MOREIRA, 2007). A partir da criação da escola de Enfermagem do Hospital Samaritano, em São Paulo, no ano de 1896, e do curso de Enfermagem da CVB em 1916, no Rio de Janeiro, as enfermeiras eram preparadas para atuar em hospitais e em domicílio (OGUISSO, 2007a, 2007b).

Ethel Parsons, em 1922, trouxe mais sete enfermeiras americanas para treinar e supervisionar visitadoras de higiene para auxiliar no combate a doenças como hanseníase, tuberculose, doenças venéreas e outras. Esse treinamento tinha seis meses de duração com ensino teórico e prático, no entanto, era considerado insuficiente, exigindo que as visitadoras trabalhassem sob supervisão de uma enfermeira (OGUISSO, 2007a).

A criação da Escola Anna Nery, em 1923, trouxe contribuições para o desenvolvimento da Enfermagem como prática social por meio da implantação de serviços voltados para resolver problemas de saúde da população, seja pela promoção de campanhas de saúde ou pelo CD (NEVES; LOPES, 2003).

Embora existisse a preocupação das escolas em formar profissionais para atuar no domicílio, havia escassez de pessoal, o que levou a Escola de Saúde Pública da Universidade de São Paulo a criar, em 1926, um programa para preparar educadoras sanitárias. Essas educadoras e algumas enfermeiras egressas da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, constituíram um grupo de visitadoras com a função de realizar o CD à gestantes, crianças e portadores de doenças transmissíveis. Esse trabalho perdurou até o ano de 1963 (MERCÊS; MARCELINO, 2004).

Em 1968, o Hospital do Servidor Estadual de São Paulo tornou-se o pioneiro no Brasil a implantar serviços de CD (FERRAZ *et al.*, 2006). A partir daí, surgiram outras iniciativas que se acentuaram no final do século XX, entre elas a Estratégia Saúde da Família (ESF), o que levou a desospitalização a ser vista como uma maneira de humanização da assistência, de forma a promover a reintegração do indivíduo ao ambiente familiar e favorecer sua recuperação (CHAVES, 2004).

A ESF tem o propósito de construir um novo modelo assistencial, para isso tem alguns objetivos específicos, entre eles “fornecer atenção integral oportuna, contínua e de boa qualidade nas especialidades básicas de saúde, nos níveis ambulatorial, domiciliar e hospitalar” (GEOVANINI, 2010, p. 50).

Assim, com o crescimento e intensificação do CD, muitas pessoas têm sido cuidadas em casa, o que pode possibilitar uma maior resolutividade nas ações, bem como o convívio com os familiares pode propiciar melhoria na qualidade de vida (MAFALDA; GIRARDON-PERLINI, 2007). Este fato proporciona importante espaço de atuação dos profissionais de saúde e oportuniza a observação de como as pessoas enfrentam a situação de doença no ambiente familiar (LACERDA; OLINISKI, 2005).

No entanto, a formação dos enfermeiros não aborda a temática do CD e, associado a isso, ocorre a escassez de programas de capacitação nessa área (MAFALDA; GIRARDON-PERLINI, 2007).

Para Cruz, Barros e Ferreira (2000), a falta de capacitação para o CD interfere no exercício liberal da profissão, na autonomia, bem como nas habilidades de empreendedorismo. Ao atuar nessa área do cuidado, o enfermeiro ocupa uma posição de destaque profissional que exige capacidade de decisão e autonomia.

Logo, para atuar nessa área do cuidado, é necessário conhecimento técnico científico, pois a realização do cuidado pode ocorrer em um ambiente que muitas vezes é inadequado, além de ser importante considerar as individualidades do paciente e familiares respeitando crenças, valores, hábitos e sentimentos (MARTINS *et al.*, 2005).

Ademais, o enfermeiro domiciliar é fundamental na educação do paciente e sua família, porque colabora para o alcance da independência e adaptação à situação vivida (LACERDA; OLINISKI, 2005).

Assim, a formação voltada ao modelo hospitalar de cuidado não atende aos propósitos do cuidado domiciliar à saúde. Nesse sentido, pressupõe-se que ao adotar a abordagem psicossocial seja possível ampliar o olhar sobre paciente e família em uma participação conjunta entre profissional, indivíduo e família na escolha dos problemas a serem trabalhados e dessa forma promover uma melhor reabilitação que seja condizente com o CD (PUSCHEL; CHAVES; IDE, 2006).

É necessário ampliar a abordagem para além da dimensão clínica, pois no ambiente domiciliar, pacientes e familiares apresentam sentimentos, valores e crenças particulares que os fazem compreender de modo singular a vida, a saúde e a doença. Isso exige dos profissionais, ao se inserirem no espaço do outro, a compreensão de que o cuidado no domicílio tem um significado mais abrangente,

amplia a dinâmica entre familiares e equipe de saúde, refaz o cotidiano daquele domicílio, modifica espaços e papéis sociais (PUSCHEL; IDE; CHAVES, 2005).

Ao atuar nesse espaço singular de cuidado, o enfermeiro precisará de “conhecimento científico-tecnológico, autonomia, responsabilidade, extrema habilidade no relacionamento interpessoal para trabalhar com os pacientes, familiares e equipe multiprofissional” (LACERDA, 2010, p. 2622). Para desenvolver todos esses atributos, é necessário apoiar-se em outras disciplinas como psicologia, sociologia, filosofia, educação, entre outras, que possibilitem construir um corpo de conhecimentos capaz de compreender as particularidades de atuar no domicílio (PUSCHEL; IDE; CHAVES, 2005).

Diante do exposto, fica evidente a necessidade em adotar o ensino do CD nas grades curriculares dos cursos de graduação e pós-graduação em Enfermagem e, também, é importante preparar os profissionais que atuam na ESF (LACERDA *et al.*, 2007).

Ademais, o Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), por meio de sua Resolução 290, de 2004, fixa o *home care* como uma especialidade de Enfermagem (COFEN, 2004), no entanto, são exíguos, no Brasil, os cursos de pós-graduação nessa especialidade. O fato de existir a especialidade não desobriga as IES de ministrar conteúdos referentes ao CD, pois o domicílio é um ambiente de cuidado que o enfermeiro precisa estar capacitado para atuar em decorrência da formação generalista preconizada nas DCNs e por se mostrar como uma promissora área de atuação, devido ao crescimento e intensificação da oferta de serviços que prestam cuidados no domicílio (KERBER; KIRCHHOF; CEZAR-VAZ, 2010; MAFALDA; GIRARDON-PERLINI, 2007).

A importância da formação em CD é reforçada pela existência de equívocos nas questões conceituais referentes ao cuidado realizado no domicílio. O CD comporta diferentes modalidades como atenção, atendimento, internação e visitas domiciliares, que são atividades diferentes, mas complementares, e que precisam ser compreendidas pelos profissionais para adequação da prática (LACERDA *et al.*, 2006).

Após este breve esboço de aspectos relacionados ao cuidado domiciliar à saúde no Brasil, relevantes para a Enfermagem, serão discutidos aspectos relativos ao cuidado domiciliar no exterior com o intuito de trazer experiências distintas das brasileiras.

### 2.3 O CUIDADO DOMICILIAR À SAÚDE NO EXTERIOR: ASPECTOS RELEVANTES PARA A ENFERMAGEM

Os hospitais, durante o século XX, dominaram os cuidados a uma série de grupos, entre eles, idosos, crianças, deficientes e pessoas com transtornos mentais, no entanto, profissionais e pacientes começaram, a partir de 1950, a criticar essas instituições em toda Europa ocidental e nos países nórdicos (Dinamarca, Finlândia, Islândia, Noruega e Suécia). Em 1960, foram iniciados movimentos para reduzir o número de leitos hospitalares para idosos e crianças e fechar instituições de longa permanência para portadores de transtorno mental. Políticas de desinstitucionalização e cuidados realizados na comunidade foram uma alternativa para substituir o cuidado institucional (WHO, 2008).

Além disso, as tendências demográficas, epidemiológicas, sociais e culturais nos países europeus têm mudado os padrões de atendimento. O aumento da população idosa, das doenças crônicas e deficiências, o maior enfoque centrado no paciente, disponibilidade de suporte tecnológico, necessidade de reconfiguração do sistema de saúde para melhorar a receptividade, continuidade, eficiência e equidade, requerem uma abordagem diferente das políticas de saúde. Assim, tem-se o CD, que é uma abordagem sustentável para evitar a institucionalização em longo prazo e tentar manter o indivíduo em sua casa, inserido em sua comunidade o maior tempo possível (WHO, 2008).

Igualmente, nos Estados Unidos da América (EUA) a população está vivendo mais tempo e muitas pessoas têm doenças crônicas e múltiplas comorbidades (TULL; CARROLL, 2004), fato que leva muitas delas a receber tratamento em cenários alternativos, como o domicílio, local em que é possível realizar uma série de serviços em ambiente familiar. O CD, surge, portanto, como uma opção promissora para prestação de assistência à saúde e assistência social em diversas situações (WHO, 2008).

Nessa modalidade de assistência, os pacientes são incentivados ao autocuidado e a família exerce papel central na prestação de cuidados a pacientes portadores de doenças crônicas ou com alguma redução na capacidade de realizar seus próprios cuidados (BJORNSDOTTIR, 2009).

O CD em quase todos os países da União Europeia está inserido no sistema de saúde e no sistema social, cada um com financiamento específico e com suas

peculiaridades (WHO, 2008). Os serviços de CD fornecidos pelo sistema de saúde incluem recuperação, apoio, promoção da saúde, prevenção de doenças, assistência de Enfermagem em condições crônicas ou agudas, terapia ocupacional, fisioterapia, entre outros (SHEPPERD<sup>1</sup>; ILIFFE, 2005, *apud* WHO, 2008). E os maiores beneficiários desse tipo de atendimento são os idosos, pessoas com doenças complexas ou em fase terminal (WHO, 2008).

Os serviços de ajuda doméstica, normalmente prestados pelo sistema social, incluem tarefas domésticas (fazer compras, cozinhar, limpar), tarefas administrativas (pagamento de contas), atividades de socialização (acompanhar em caminhadas) e cuidados pessoais (ajuda ao tomar banho, vestir) (WHO, 2008).

Nos países nórdicos os sistemas de previdência social são universais, abrangentes, de alta qualidade e financiados pelo sistema público (LEWINTER, 2004). Cita-se a Dinamarca, que, no final da década de 70 e início da década de 80, implementou cuidados no domicílio nas 24 horas do dia, por meio de familiares ou de enfermeiros (LEWINTER, 2004).

Desde a implantação do CD na Dinamarca até os dias atuais, ocorreram mudanças no país relacionadas a essa área de atuação, a citar: contratação, pelos municípios, de serviços que prestam auxílio nos domicílios; introdução de uma agenda comum de avaliação para o CD desenvolvida pelo Conselho de Municípios; e relevantes alterações nas políticas de idosos. A primeira mudança determina que os serviços que atendem a essa clientela fixem valores para os pacotes de serviços, cabendo aos idosos escolher que tipo de serviços desejam (alimentação, limpeza, lavanderia etc.), e o custo será deduzido da sua pensão. Outra mudança é a distribuição de subsídios a empresas privadas que realizam serviços no domicílio (limpeza semanal, compras), em que o beneficiário paga uma parte e o governo a outra (LEWINTER, 2004).

Na Suécia, o Estado é o responsável em prover cuidados aos idosos que englobam assistência social e cuidados de saúde. Os idosos podem permanecer em seus próprios domicílios até o final da vida, isso é possível porque são fornecidos subsídios para realização de adaptações nas residências; cuidados de saúde sempre que preciso e até em casos mais graves; serviços sociais municipais que incluem a assistência com compras, limpeza, preparo da alimentação, cuidados

---

<sup>1</sup> SHEPPERD, S.; ILIFFE, S. **Hospital at home versus in-patient hospital care**. Cochrane Database of Systematic Reviews, 3, CD000356, 2005.

peçoais, além da maioria dos municípios oferecerem serviços de refeições, alarmes de segurança, creches para adultos, serviços de transporte; alguns municípios oferecem compensações financeiras aos membros da família que realizam cuidados ao idoso (SWEDEN, 2009).

Na Europa, os enfermeiros são os profissionais que mais atuam no domicílio. Eles avaliam os pacientes que recebem o CD, desenvolvem planos de cuidado, prestam cuidados, determinam a necessidade de outros profissionais, realizam educação em saúde com pacientes e familiares (EHRENFELD<sup>2</sup>, 1998, *apud* WHO, 2008).

No entanto, na atualidade, a capacitação do pessoal que irá trabalhar no CD na Europa também se mostra insuficiente e deverá ser melhorada, pois há uma demanda crescente desse tipo de serviço, e a complexidade da assistência tem aumentado, o que exige mais treinamento para os usuários e seus cuidadores informais; além de ser necessário tornar integrado e multidisciplinar o treinamento dos profissionais com o intuito de estabelecer relações interpessoais positivas e prepará-los para o uso de tecnologias no CD (WHO, 2008).

Nos EUA, desde 1980, o CD é um dos setores que mais cresce na área da saúde e pode ser assegurado por meio de agências de assistência social públicas e privadas, departamentos de bem-estar das cidades, agências de saúde e trabalhadores independentes contratados diretamente pelo paciente ou familiares (BORIS; KLEIN, 2006). Diante disso é necessário preparar os enfermeiros para atuar eficazmente em ambientes não-tradicionais, sendo esse um importante foco do ensino da Enfermagem no século XXI (McGIHON, 2002).

É provável que, cada vez mais, novos enfermeiros atuem no CD, portanto, cabe aos docentes de Enfermagem desenvolver formas de preparar melhor esses profissionais que pretendem atuar nessa área, mas um desafio para os cursos de Enfermagem é o número insuficiente de docentes com experiência no CD (McGIHON, 2002).

Escolas de Enfermagem norte-americanas oferecem cursos de especialização em CD em resposta à crescente demanda de profissionais nessa área e à medida que aumenta a complexidade dos cuidados a serem desenvolvidos

---

<sup>2</sup> EHRENFELD, M. Nursing and home care in Europe. **International Nursing Review**, 45, 61–64, 1998.

no domicílio, aumenta também a demanda por cursos de mestrado para preparar esses profissionais (TULL; CARROLL, 2004).

Com a pós-graduação na área do CD, os profissionais adquirem conhecimentos avançados, habilidades necessárias para os cuidados aos pacientes e cuidadores e assumem posição de liderança no sistema domiciliar. Fazem, ainda, cursos avançados de fisiologia e farmacologia (TULL; CARROLL, 2004).

Os enfermeiros são capacitados para áreas de avaliação, aplicação e desempenho; políticas de saúde, organização e financiamento; tomada de decisão ética; desenvolvimento do papel profissional; teorias de Enfermagem; questões culturais e sociais; e promoção de saúde e prevenção de doenças (AACN<sup>3</sup>, 1996, *apud* TULL; CARROLL, 2004).

Entre as atividades que os enfermeiros desenvolvem no CD estão: avaliação integral da saúde do paciente; coordenação dos serviços com a equipe interdisciplinar; planejamento e implementação de intervenções ao paciente; e instrução e treinamento de pacientes que vivenciam momentos de transição (TULL; CARROLL, 2004).

Os enfermeiros, ao visitarem os pacientes em suas casas, se deparam com uma infinidade de situações, sendo que devem permanecer sem julgamento, aceitar e tolerar as escolhas que cada paciente faz para sua vida, pois são eles que estão no controle das visitas domiciliares. Assim, os profissionais devem agir em conformidade com eles, e há algumas questões que devem ser respeitadas como o horário das visitas, que deve estar de acordo com o cronograma dos pacientes, e a presença de animais de estimação no domicílio, que muitas vezes são importantes no processo de cura (THOBABEN; SULLIVAN, 2005).

O enfermeiro domiciliar atua como educador em saúde do paciente e seus familiares; precisa saber como lidar com situações de emergência que possam ocorrer durante uma visita domiciliar, como uma parada cardíaca ou quando o paciente oferece perigo a si e aos outros; deve ser autossuficiente e ter um julgamento independente, pois decide sobre o plano de cuidados de um cliente e sua família (THOBABEN; SULLIVAN, 2005).

Há seis competências que definem a prática desses profissionais: especialista em orientação e treinamento; consulta; pesquisa; liderança clínica e profissional;

---

<sup>3</sup> AACN. American Association of Colleges of Nursing. **The essentials of master's education for advanced practice nursing**. Washington, 1996.

colaboração; e habilidade em tomada de decisão ética (HAMRIC<sup>4</sup>, 2000 *apud* TULL; CARROLL, 2004). Por meio dos cursos de pós-graduação, os profissionais são apresentados a essas competências e estão preparados para aplicá-las no CD (TULL; CARROLL, 2004).

Muitas são as atividades a serem desenvolvidas no domicílio e diversas são as competências daqueles que atuarão nessa área, fato que leva as agências de CD a evitar a contratação de recém-formados, preferindo aqueles que têm no mínimo um ano de prática hospitalar. As agências orientam programas para trabalhadores que estão em fase de transição da prática hospitalar para a prática domiciliar, pois muitos enfermeiros não estão conscientes das diferenças entre esses ambientes (THOBABEN; SULLIVAN, 2005).

A criação de uma parceria entre os cursos de Enfermagem e as agências de CD proporciona ganhos para todos. Os estudantes têm a oportunidade de adquirir experiência de trabalho, colaborar com membros da equipe interdisciplinar e desenvolver competências e autonomia, e a agência entra em contato com futuros enfermeiros que poderão atuar em seus programas de Enfermagem (BREAKWELL, 2004).

Muitos estudantes, para ganhar experiência na área, trabalham como auxiliares de Enfermagem, desse modo eles têm a oportunidade de saber se tem potencial e disposição para trabalhar no domicílio (BREAKWELL, 2004).

Assim, diante das exigências aos enfermeiros que pretendem atuar no domicílio, seu preparo profissional deverá seguir algumas recomendações, segundo McGihon (2002):

- a) as instituições acadêmicas de Enfermagem, ao incluir visitas domiciliares na preparação dos estudantes, devem promover exercícios práticos em laboratórios, integração de cenários, praticar entrevistas que ajudarão a prepará-los para agir em situações inesperadas que podem ocorrer no domicílio;
- b) os estudantes devem ter habilidades em comunicação terapêutica para que sejam capazes de ir além da conversa social e consigam formular questões adequadas relacionadas à saúde do paciente;

---

<sup>4</sup> HAMRIC, A. B. A definition of advanced nursing practice. In: HAMRIC, A. B.; SPROSS, J. A.; HANSON, C. M. (Ed.). **Advanced nursing practice: an integrative approach**. 2. ed. Philadelphia: W. B. Saunders, 2000. p. 53-73.



- c) conhecimentos teóricos que incluam a aplicação do processo de Enfermagem são essenciais aos estudantes, para desenvolver suas atividades em um ambiente não-estruturado como o domicílio e assim permitir a priorização e resolução de tarefas mais preocupantes;
- d) a incorporação de uma filosofia de Enfermagem integral em currículos que incluam o CD proporciona ao estudante a possibilidade de abordar aspectos físicos, emocionais e espirituais dos pacientes e gerir questões ambientais, culturais e de segurança que podem facilitar a resposta ao tratamento;
- e) os docentes dos cursos de Enfermagem devem desenvolver formas de ensinar habilidades de pensamento crítico, para que os estudantes possam pensar criativa e analiticamente e estar preparados para o inesperado no domicílio;
- f) atividades que promovam a independência, a autodireção, colaboração com membros de uma equipe multidisciplinar e resolução criativa de problemas são componentes essenciais dos atuais currículos de Enfermagem;
- g) os docentes devem visitar os locais que os estudantes terão suas experiências em CD, bem como conhecer pessoas chave, familiarizar-se com as instalações e cultura, escolher pacientes acessíveis com histórico seguro e ético;
- h) precauções básicas devem ser revistas para que os estudantes saibam agir em situações inesperadas como um paciente agitado que oferece perigo para si e para o profissional;
- i) é indicado que os estudantes se familiarizem com a comunidade dos domicílios que irão visitar;
- j) nas primeiras visitas, os estudantes podem ser acompanhados por instrutor que auxiliará na avaliação do ambiente familiar;
- k) horários de discussão pré e pós-visitas são fundamentais, pois os estudantes necessitam compartilhar experiências e receber *feedback* das atividades realizadas e os instrutores precisam avaliar os resultados, os progressos e ajudar os estudantes a resolver problemas inesperados;
- l) os estudantes devem ser encorajados a escrever sobre seus sentimentos antes da primeira visita domiciliar e após algumas visitas para avaliar seu crescimento e aprendizado;

m) os acadêmicos podem ficar sobrecarregados com a perspectiva da primeira visita domiciliar, no entanto, a elaboração de objetivos pode facilitar esse processo.

Os estudos norte-americanos, anotam, finalmente, que além de ter esse preparo profissional, ao desenvolver o seu trabalho, os enfermeiros que atuam no domicílio devem avaliar e utilizar resultados de pesquisas para terem uma prática baseada em evidências, no entanto, não se tem a melhor prática para muitos problemas enfrentados diariamente pelos enfermeiros, pacientes e cuidadores no domicílio, o que indica a necessidade de identificá-los e assim realizar projetos de pesquisa com intuito de melhorar as intervenções que ocorrem na casa do paciente (TULL; CARROLL, 2004).

No Japão, em 1970, enfermeiras iniciaram atividades de CD em alguns municípios. Essas profissionais começaram a visitar pacientes que haviam recebido alta hospitalar e pessoas idosas acamadas, com a finalidade de avaliar as necessidades do paciente e realizar os cuidados necessários. Somente a partir de 1983 é que as consultas de Enfermagem passaram a ser remuneradas por seguros de saúde, e em 1992, por meio da revisão da legislação médica, o domicílio do paciente foi identificado como um local adequado para realização de cuidados de saúde. Ainda em 1992, foram criadas as estações de serviço de Enfermagem domiciliar que prestam CD. Além dessas estações, o CD é realizado por prefeituras e empresas privadas. Os serviços prestados no domicílio são classificados em: cuidados para idosos, cuidados de alta tecnologia; cuidados terminais e cuidados a pacientes psiquiátricos (MURASHIMA *et al.*, 2002).

Com o aumento do número de idosos no Japão, os serviços que prestam CD tendem a se expandir, e a formação de enfermeiros para atuar no domicílio deverá acompanhar essa expansão, pois em 2002 existia um número reduzido de enfermeiros especialistas clínicos para o campo do CD (MURASHIMA *et al.*, 2002).

Em síntese, ao discorrer sobre a trajetória dos cursos de graduação em Enfermagem no início desta revisão, foi possível perceber que desde a criação das primeiras escolas existia a preocupação em formar profissionais para o CD, mas eram poucas as instituições formadoras e escasso o número de profissionais para atuar na área. A partir da Lei nº. 775/49, houve um aumento no número de cursos de Enfermagem, porém naquele momento o Brasil direcionava a formação dos enfermeiros para atuar em instituições hospitalares. Com a implantação do SUS, da

ESF e dos pressupostos contidos nas DCNs, volta-se o olhar para a formação em outras áreas de atuação além da hospitalar.

Ao explicar a realidade do CD no exterior, foi possível identificar que a Europa possui um sistema organizado para suprir as necessidades de CD ao dispor de financiamentos do sistema de saúde e do sistema social, cada um com suas especificidades, e que os EUA se preocupam com a formação dos profissionais que atuam no domicílio. No Brasil, embora existam movimentos para a consolidação do CD, com a inserção da ESF e de programas de CD em planos de saúde, ainda assim, é preciso avançar em relação à organização e prestação dos serviços e à formação em CD dos profissionais em saúde, especialmente dos enfermeiros.

### 3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Estudo de abordagem qualitativa que utiliza a *Grounded Theory* (GT) também denominada Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) como método.

#### 3.1 PESQUISA QUALITATIVA

A pesquisa qualitativa produz resultados não alcançados por meio de procedimentos estatísticos ou de outros meios de quantificação. Pode se referir à pesquisa sobre a vida das pessoas, experiências vividas, comportamentos, emoções, sentimentos, e também à pesquisa sobre funcionamento organizacional, movimentos sociais, fenômenos culturais e interação entre nações. A análise nesse tipo de pesquisa é interpretativa (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Ao realizar uma pesquisa qualitativa, o pesquisador pode esclarecer variadas esferas de um fenômeno complexo, sendo que seus resultados se baseiam tipicamente nas experiências da vida real das pessoas (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). Ela é orientada para a análise de casos concretos em sua particularidade temporal e local, partindo das expressões e atividades das pessoas em seus contextos locais (FLICK 2004).

A adoção da abordagem qualitativa nesta pesquisa foi adequada, pois foram investigadas as experiências vividas no processo ensino-aprendizagem do CD de discentes e docentes da graduação em Enfermagem da UFPR.

#### 3.2 TEORIA FUNDAMENTADA NOS DADOS

O termo TFD quer dizer que a teoria foi derivada de dados, sistematicamente reunidos e analisados por meio de processo de pesquisa. Nesse método, coleta de dados, análise e a teoria emergente mantêm uma relação próxima entre si. Teorias fundamentadas, por serem baseadas em dados, tendem a oferecer mais discernimento, melhorar o entendimento e fornecer um guia importante para ação (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A TFD foi desenvolvida originalmente pelos sociólogos Barney Glaser e

Anselm Strauss que, embora viessem de uma tradição filosófica e de pesquisa diferente, contribuíram de forma igualmente importante (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Strauss e Corbin (2008) compactuam que construir teoria ou modelo teórico é relevante por ocasionar um desenvolvimento do campo de conhecimento, e não ser apenas um conjunto de resultados. Ao adotar a TFD como método, o pesquisador conduzirá, controlará e organizará sua coleta de dados além de construir uma análise original para eles (CHARMAZ, 2009).

Strauss formou-se na Universidade de Chicago, que possui forte tradição no pragmatismo e na pesquisa de campo. Ele levou para a TFD concepções da atividade humana, das significações sociais e subjetivas, das práticas da solução de problemas. Glaser formou-se na Universidade de Colúmbia, que possui tradição no positivismo e assim incutiu na TFD a abordagem sistemática do método e a ênfase nas descobertas emergentes (CHARMAZ, 2009).

Ambos iniciaram parceria em uma pesquisa que investigava como ocorria o processo de morte em diversos ambientes hospitalares e juntos escreveram “Awareness of Dying” (1965). Dois anos mais tarde, em 1967, publicaram “The Discovery of *Grounded Theory*”, um livro sobre o método que desenvolveram durante o trabalho de conscientização sobre a morte (LEGEWIE; SCHERVIER-LEGEWIE, 2004).

O momento para a criação do método era oportuno, pois em meados da década de 60, nos EUA, a pesquisa qualitativa estava perdendo espaço diante de sofisticados métodos quantitativos que ganhavam a simpatia de inúmeros estudiosos nos departamentos, nos conselhos editoriais de publicações periódicas e nas agências financiadoras (CHARMAZ, 2009).

Desde 1967, Glaser e Strauss têm discordado sobre o direcionamento da TFD. Cita-se a análise de dados com uma dessas discordâncias. Strauss sugere que a análise dos dados ocorra por meio da codificação aberta, axial e seletiva, enquanto Glaser sugere a utilização da codificação aberta e seletiva (PETRINI; POZZEBON, 2009). Nesta pesquisa, a análise dos dados seguirá as etapas preconizadas por Strauss e Corbin (2008).

O primeiro passo a ser desenvolvido na TFD é a coleta de dados, e a partir dela surgem os códigos que são extraídos dos discursos dos sujeitos. Na análise dos dados esses códigos são agrupados por similaridades de modo a formar as categorias que são a base para a construção de uma teoria (ALLAN, 2003). No

entanto, essas fases não são lineares. As etapas do processo se sobrepõem, e, assim, ocorre a circularidade dos dados (MELLO; CUNHA, [19--]).

Durante essas etapas o pesquisador desenvolve sensibilidade teórica, e isso o torna capaz de discernir e dar sentido aos fatos, visto que consegue ver além do óbvio, e, assim, visualizar o novo. Isso ocorre por trabalhar com os dados, fazer comparações, elaborar questões e coletar mais dados; e o que era ilusório torna-se mais claro (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Na coleta e análise dos dados, há o processo de indução e dedução. Ao conceituar os dados, é necessário fazer a interpretação, que é uma forma de dedução, e ao surgirem novos questionamentos, o pesquisador induz novas perguntas com intuito de elucidar o fenômeno em estudo. Assim, esse processo de dedução-indução na TFD é constante, e com o desenvolvimento da sensibilidade, o pesquisador pode retornar aos dados e recodificá-los à luz de novas informações (STRAUSS; CORBIN, 2008), como pode ser observado no Diagrama 1.

Várias pesquisas na Enfermagem têm utilizado a TFD como referencial metodológico, o que tem permitido avanços no conhecimento teórico da disciplina e contribuído para seu reconhecimento como ciência (PETTENGILL; RIBEIRO, 2006).

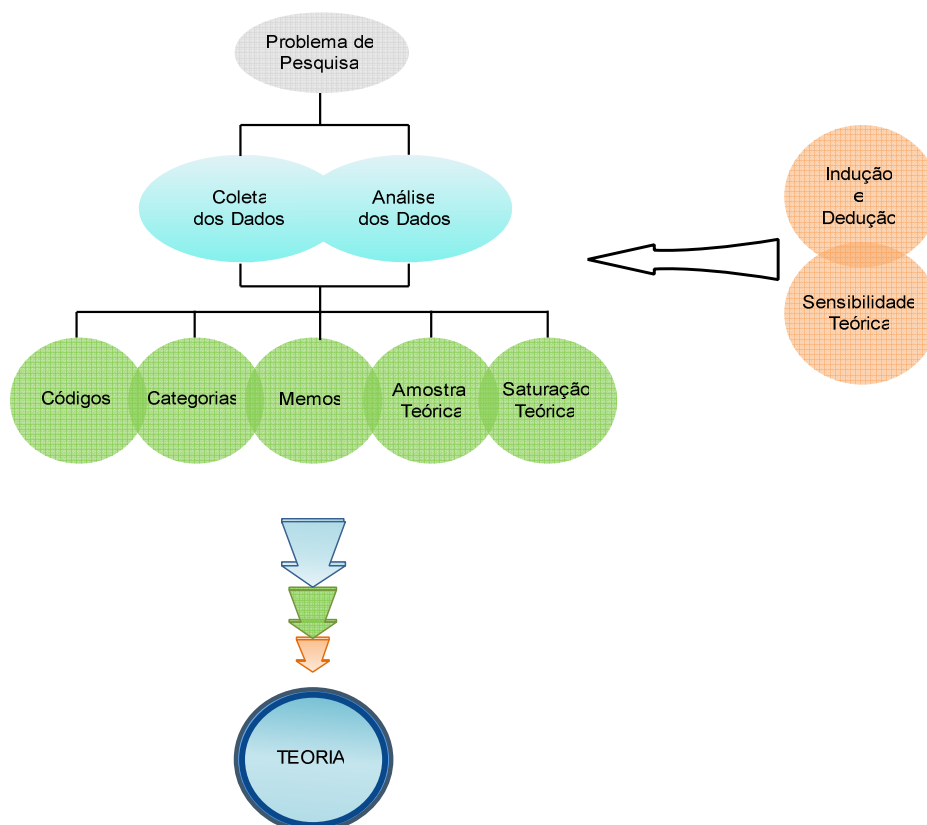


DIAGRAMA 1 – PROCESSO DA TEORIA FUNDAMENTADA  
FONTE: A autora (2011)

### 3.2.1 Amostragem teórica

Na TFD, a amostragem teórica não é predeterminada antes do início da pesquisa, ela se desenvolve durante o processo, e é baseada nos conceitos que surgirem da análise e que pareçam ter relevância para a teoria evolutiva (STRAUSS; CORBIN, 2008).

O pesquisador coleta e analisa os dados simultaneamente e decide quais ainda necessitam ser coletados, a fim de propiciar a descoberta de conceitos e hipóteses que levam ao aprofundamento do tema em estudo (KIMURA; TSUNECHIRO; ANGELO, 2003).

A amostragem teórica é cumulativa, porquanto cada novo evento edifica e acrescenta algo à coleta e à análise dos dados anteriores. Com o tempo, torna-se mais específica, pois o pesquisador é dirigido pela teoria evolutiva (STRAUSS; CORBIN, 2008). É encerrada quando se obtém a saturação das categorias, isto é, a *saturação teórica*, momento em que a coleta de novos dados não revela propriedades novas das categorias existentes e não desperta novos *insights* teóricos, que são pensamentos, reflexões, ou ideias que o pesquisador possa ter (CHARMAZ, 2009).

Assim, a amostragem teórica está relacionada à sensibilidade do pesquisador, pois ao reconhecer os conceitos nos dados, perceberá se já chegou à saturação teórica ou se ainda são necessárias novas amostras (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Ressalta-se a importância da coleta de dados em diferentes grupos amostrais, com múltiplos representantes, e que possuam características e práticas diferenciadas, para que exista uma variação de conceitos e novas perspectivas ao fenômeno (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Destarte, para alcançar os objetivos propostos e de acordo com o método adotado que incentiva a diversidade na amostragem teórica, foram entrevistados três grupos amostrais.

O primeiro grupo foi composto por cinco acadêmicos que cursavam o décimo período da graduação em Enfermagem da UFPR. Optou-se pelos discentes do último período do curso pela maior probabilidade de terem vivenciado o tema abordado em algum momento no transcorrer da graduação. Esses acadêmicos tiveram 40 horas/aula de CD assim divididas: 10 horas de aulas teóricas; 25 horas

de estágio, realizadas de segunda a sexta-feira; e 5 horas de apresentação de trabalhos. Após a coleta e análise de dados desse grupo, sentiu-se a necessidade de investigar um novo grupo amostral para obter outros dados e assim enriquecer as categorias existentes, visto que os acadêmicos que compuseram o segundo grupo amostral tiveram uma experiência distinta daquela do primeiro grupo amostral.

Assim, o segundo grupo amostral foi composto por três acadêmicos que cursavam o décimo período da graduação em Enfermagem da UFPR no semestre posterior ao primeiro grupo. Eles tiveram 70 horas/aula de CD, divididas em: 10 horas de aulas teóricas; 55 horas de estágio realizado às quintas-feiras; e 5 horas de apresentação de trabalhos.

O terceiro grupo foi composto por cinco docentes que ministram conteúdos relacionados ao CD. Entrevistá-los foi fundamental para interpretar como o processo ensino-aprendizagem do CD ocorre.

Os sujeitos foram entrevistados uma vez, totalizando 13 entrevistas. Cada nova entrevista acrescentava dados aos anteriores, bem como consolidava os já existentes, não sendo necessário entrevistar novamente nenhum dos sujeitos.

### 3.2.2 Local da pesquisa

Esta pesquisa foi desenvolvida com discentes e docentes do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná. Assim, o primeiro contato aconteceu nas dependências da Universidade e a entrevista foi realizada em local escolhido pelo sujeito.

No nono período da graduação, na disciplina de Estágio Supervisionado I, durante a carga horária específica para o CD, busca-se que os discentes compreendam as Políticas Públicas de Saúde com enfoque ao cuidado ao indivíduo e à família no domicílio; ampliem e consolidem seus conhecimentos e habilidades relativas ao CD; e desenvolvam a capacidade de problematização da realidade, com busca de alternativas para a resolução de problemas, com possibilidades de atuação efetiva em uma equipe multiprofissional.

Ainda no nono período, durante a carga horária específica para a Saúde Coletiva, os acadêmicos realizam visitas domiciliares que também são realizadas na



disciplina de Assistência de Enfermagem I, no sexto período, durante a carga horária específica de Saúde da Criança.

### 3.2.3 Coleta de dados

Para alcance dos objetivos e coleta das informações deste estudo, escolheu-se a entrevista semiestruturada. Todas as entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas na sequência. Elas foram realizadas no período de dezembro de 2009 a julho de 2010. A flexibilidade do referencial metodológico utilizado permite que as perguntas possam ser alteradas caso surjam novos questionamentos no decorrer das entrevistas, porque a adesão rígida ao traçado inicial durante toda a pesquisa, segundo Strauss e Corbin (2008), prejudica a descoberta, porque limita a quantidade e os tipos de dados que podem ser coletados.

O pesquisador realiza a segunda entrevista, somente após a análise da primeira, e ao analisá-la retorna aos dados obtidos na primeira para nova análise. Esse processo ocorre durante toda a pesquisa e é chamado de circularidade dos dados (CATAFESTA, 2008).

No decorrer da coleta de dados, a sensibilidade do pesquisador aumenta e lhe permite decidir que conceitos procurar e onde encontrar seus indicadores (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Para realizar a entrevista semiestruturada, elaborou-se um roteiro de perguntas iniciais ao primeiro grupo amostral (APÊNDICE A), e a sequência de perguntas foi construída a partir da análise dos dados. Embora sejam as categorias emergentes que definem que tipos de dados devem ser coletados, é necessário que o pesquisador esteja ciente das informações que precisa coletar para não perder o foco do estudo (STRAUSS; CORBIN, 2008).

### 3.2.4 Análise dos dados

Segundo Strauss e Corbin (2008), a análise dos dados consiste na codificação aberta, axial e seletiva, descritas a seguir.

### 3.2.4.1 Codificação aberta

A codificação aberta ocorre após a transcrição da entrevista, cada linha é analisada e os dados são separados em partes distintas, rigorosamente examinados e comparados em busca de similaridades ou diferenças, para que sejam encontradas categorias, que são conceitos derivados dos dados e representam os fenômenos (STRAUSS; CORBIN, 2008). O Quadro 1 exemplifica esse processo.

Componente de análise	Códigos substantivos	Categoria
“Logo que a gente saía do domicílio, quando a gente estava voltando para unidade, a gente já vinha conversando sobre o caso, a gente já vinha refletindo sobre o que a gente tinha visto, sobre o que a gente poderia fazer se voltasse lá outra vez, todas essas coisas [...]”	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Discutindo o caso após sair do domicílio</li> <li>- Refletindo sobre o que tinha sido visto no domicílio</li> <li>- Refletindo sobre o que poderiam fazer naquela situação</li> </ul>	Discutindo após realizar o CD

QUADRO 1 - MODELO DE CATEGORIZAÇÃO

FONTE: A autora (2011)

Os códigos que emergem são chamados de códigos substantivos, porque os conteúdos dos dados codificados frequentemente usam a expressão utilizada pelos próprios sujeitos. Códigos semelhantes são agrupados e dão origem às categorias, e, uma vez identificadas, fica mais fácil recordá-las, pensar sobre elas e o mais importante: desenvolvê-las em termos de suas propriedades e dimensões (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Os códigos são escritos utilizando os verbos no gerúndio. O gerúndio induz à reflexão sobre as ações e promove sensibilidade teórica ao incitar que o pesquisador deixe de refletir sobre tópicos estáticos. Ao utilizar, por exemplo, o gerúndio “descrevendo” e não a forma substantiva “descrição”, obtém-se um forte senso de ação e sequência, o que facilita a identificação de conexões entre os dados (CHARMAZ, 2009).

No decorrer da codificação e da análise dos dados, surgem ideias no pesquisador que são denominadas de memorandos, ou apenas memos. Estes se referem a um tipo muito especializado de registros escritos que contêm os produtos da análise ou as direções para o pesquisador, são fundamentais no processo de construção da teoria, e sua elaboração começa no início da pesquisa e segue até sua conclusão. As notas metodológicas guiam todo o processo de coleta das

informações, e as notas teóricas auxiliam na elaboração dos conceitos e categorias que fundamentam o modelo teórico proposto (STRAUSS; CORBIN, 2008). Nos Quadros 2 e 3, estão, respectivamente, exemplificados, modelos de notas metodológicas e teóricas.

15.12.2009 – Notas metodológicas – Entrevista 01			
1. Detalhe o que era discutido após realização do CD.	2. Em que local eram realizadas essas discussões?	3. Quem participava das discussões?	4. Para que serviam essas discussões?

QUADRO 2 – MODELO DE NOTA METODOLÓGICA

FONTE: A autora (2011)

15.03.2010 – Nota teórica – Entrevista 05	
<b>Códigos</b>	Discutindo na unidade de saúde o que havia sido observado no domicílio
	Discutindo o que poderia ser feito em relação ao que era observado no domicílio
	Achando as discussões válidas
	Discutindo sobre as orientações que tinham sido feitas no domicílio
	Achando que as discussões eram uma troca de experiências
<b>Nota Teórica:</b> As discussões realizadas após o CD permitem a reflexão das ações realizadas e a programação de atividades futuras. É possível planejar as melhores ações de cuidado ao paciente e sua família. Ao discutir, é possível trocar experiências e aprimorar conhecimentos.	

QUADRO 3 – MODELO DE NOTA TEÓRICA

FONTE: A autora (2011)

Há também os diagramas que são memorandos visuais e não-escritos. Eles são mecanismos importantes no processo de construção da TFD, pois além de mostrarem as relações entre os conceitos, ajudam o pesquisador a entender e visualizar melhor como o fenômeno acontece. Nas fases iniciais do estudo, não há muito para diagramar, pois as relações ainda não surgiram. Com a progressão da análise, surgem relações que conduzem à construção dos diagramas (STRAUSS; CORBIN, 2008).

### 3.2.4.2 Codificação axial

Na codificação axial, inicia-se o processo de reagrupamento dos dados que foram divididos durante a codificação aberta. As categorias são relacionadas às suas subcategorias para gerar explicações mais precisas e completas sobre os fenômenos. Para isso, é necessário um exaustivo trabalho de leitura e releitura das entrevistas, comparando todos os códigos um a um, para garantir que foram classificados de maneira adequada e ordenada (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Nessa fase ocorre a integração das categorias com o objetivo de reunir os dados e elaborar conexões entre as categorias e subcategorias. É um processo de reagrupamento das informações que são relacionadas com o intuito de gerar explicações mais elaboradas e densas sobre o fenômeno. As codificações aberta e axial não são sequenciais, as duas ocorrem juntas, muito naturalmente (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Faz-se um novo agrupamento dos dados que emergiram na codificação aberta, mas de forma diferenciada, pois o objetivo é realizar conexões entre os conceitos por intermédio da comparação (STRAUSS; CORBIN, 1991).

Essa etapa se faz necessária porque há um grande volume de conceitos originados na fase anterior. Nesse momento, os conceitos são analisados e reorganizados para extrair uma ideia central e suas subordinações. Pode ser necessário retornar ao campo para aumentar os elementos de análise, ou retornar ao conjunto de elementos iniciais e fazer nova busca de dados. Esse é um processo dedutivo-indutivo, pois se deduzem codificações e se inicia novamente a busca para validá-las ou não (BIANCHI; IKEDA, [19--]).

Com a reorganização das categorias, o pesquisador pode sentir necessidade de realizar nova coleta de dados para responder a questões que emergem da análise comparativa, pois os dados são confrontados com intuito de encontrar evidências que confirmam ou refutam as questões do pesquisador (REINERS, 1998).

Nesta pesquisa, essa necessidade de buscar novos sujeitos ocorreu a partir do momento em que se teve o conhecimento de que os acadêmicos que compuseram o segundo grupo amostral tiveram uma experiência distinta do primeiro grupo amostral. Assim, buscou-se entrevistá-los com intuito de acrescentar novos dados e consolidar os já existentes.

O pesquisador, ao codificar axialmente, procura respostas para suas questões com as perguntas: por que; de que forma; onde; quando; como; e com quais resultados; com o intuito de descobrir relações entre as categorias. Ao responder a essas perguntas, o pesquisador relaciona estrutura com processo. A estrutura relaciona-se às circunstâncias em que o fenômeno está situado e o processo está relacionado à ação e interação de pessoas, organizações e comunidades em resposta a certos problemas e questões (STRAUSS; CORBIN, 2008).

As relações entre categorias podem ser muito sutis, quando isso ocorre, utilizar um esquema para classificar e organizar as conexões se faz necessário. Para Strauss e Corbin (2008), um desses esquemas organizacionais é o modelo de paradigma, que é uma perspectiva assumida em relação aos dados, é um ponto de vista analítico que ajuda a reunir e ordenar os dados para que a estrutura e o processo sejam integrados.

Os componentes básicos do paradigma são: **condições** (causal, contextual e interveniente), pertencem à estrutura, ou seja, ao conjunto de circunstâncias, na qual o fenômeno é incorporado; as **estratégias** referem-se às respostas estratégicas para as condições; e, por fim, as **consequências** que são os resultados (STRAUSS; CORBIN, 2008).

As **condições causais** representam os fatos ou acontecimentos que influenciam o fenômeno e são o motivo que o desencadeiam. As **condições intervenientes** alteram o impacto das condições causais nos fenômenos e são aquelas que intervêm de forma a dar significados ao fenômeno. As **condições contextuais** são um conjunto de circunstâncias às quais as pessoas respondem por meio de ações/interações e que dão base para o desenvolvimento do fenômeno. As **ações estratégicas** são atos praticados para resolver um problema, funcionam como possibilidades para o desenvolvimento do fenômeno. As **consequências** representam os resultados (STRAUSS; CORBIN, 2008). O Quadro 4 mostra como esse processo acontece no fenômeno “A vivência em Cuidado Domiciliar na graduação em Enfermagem”.

<b>Categorias</b>	<b>Componentes do paradigma</b>
Aproximando - se do Cuidado Domiciliar	Causa
Desenvolvendo o processo ensino-aprendizagem do Cuidado Domiciliar	Estratégias
Deparando-se com nuances do Cuidado Domiciliar	Condições Intervenientes
Ampliando os conhecimentos relacionados ao Cuidado Domiciliar	Conseqüências
Propondo estratégias para aprimoramento do processo ensino-aprendizagem do Cuidado Domiciliar	
Compreendendo o Cuidado Domiciliar no sistema de saúde	Contexto

QUADRO 4 – CATEGORIAS DO FENÔMENO “A VIVÊNCIA EM CUIDADO DOMICILIAR NA GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM”

FONTE: A autora (2011)

### 3.2.4.3 Codificação seletiva

A última etapa consiste na **codificação seletiva**, que é o processo de integração e de refinamento da teoria. Nessa etapa, as categorias são organizadas em torno de um conceito explanatório central. A integração das categorias ocorre desde os primeiros passos da análise até a redação final (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Nessa fase, surge a categoria central, aquela que constitui o elo entre as demais categorias, e que deverá revelar a essência e a magnitude da experiência vivenciada, levando à construção do Modelo Teórico, ou seja, uma teoria explicativa do fenômeno estudado (PETTENGILL; RIBEIRO, 2006).

Essa é a fase mais abstrata, o momento em que o processo chega ao final, porque não há nenhum dado novo que deva ser acrescentado à análise e categorização, porque ocorre a saturação teórica (BIANCHI; IKEDA, [19--]).

Na codificação seletiva, relaciona-se a categoria central com as outras categorias para validar as relações encontradas, ou completar com mais categorias aquelas que necessitam de um desenvolvimento adicional (STRAUSS; CORBIN, 1991).

A categoria central pode ser originada a partir das categorias existentes, ou da elaboração de uma frase abstrata que retrate a totalidade do fenômeno, sob a qual todas as outras categorias podem ser agrupadas. A criação desta frase abstrata

se faz necessária quando nenhuma das categorias representa o fenômeno no todo, embora cada uma delas seja fundamental, pois representa uma parte do fenômeno (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Nesta pesquisa, cada categoria foi de fundamental importância para que o fenômeno fosse interpretado, porém nenhuma delas o representou em sua totalidade. Assim, a categoria central **Vivenciando o Cuidado Domiciliar na Graduação em Enfermagem** resultou da interpretação do fenômeno representado pelas categorias: Aproximando-se do Cuidado Domiciliar; Desenvolvendo o processo ensino-aprendizagem do Cuidado Domiciliar; Deparando-se com nuances do Cuidado Domiciliar; Ampliando os conhecimentos relacionados ao Cuidado Domiciliar; Propondo estratégias para aprimoramento do processo ensino-aprendizagem do Cuidado Domiciliar; e Compreendendo o Cuidado Domiciliar no sistema de saúde.

Na codificação seletiva, ocorre a validação do modelo teórico, este representa a interpretação abstrata dos dados brutos, portanto, a validação determina se essa abstração está adequada aos dados. Para que a validação ocorra, o modelo teórico pode ser apresentado aos participantes da pesquisa que devem reconhecê-lo (STRAUSS; CORBIN, 2008).

O modelo teórico do fenômeno em estudo foi explicitado por meio de um diagrama, e sua validação ocorreu com dois entrevistados (um docente e um discente) que reconheceram as relações existentes e o validaram. O docente concordou e reforçou todas as relações existentes no modelo teórico e o discente destacou a importância em realizar estágio em CD.

O estágio foi realmente o que mais me tocou [...] porque você vai para uma outra realidade que não é a tua, você entra em lugares que tem costumes, que tem valores, uma cultura totalmente diferente da tua [...] você consegue ver a realidade daquela pessoa e fazer intervenções reais para ela.

Salientou, ainda, que as estratégias e as condições intervenientes realmente influenciam as consequências, pois os sentimentos e a vivência ao realizar as aulas teóricas e o estágio em CD permitem ao acadêmico um novo olhar, ampliam experiências de vida e não apenas experiências acadêmicas.

### 3.2.5 Aspectos Éticos

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR, sob o Registro CEP/SD: 631.168.08.10 e CAAE: 0062.0.091.000-08 (ANEXO). A participação dos sujeitos ocorreu de forma voluntária mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B).



#### 4 APRESENTAÇÃO DOS DADOS

A apresentação dos dados é uma etapa fundamental para a interpretação do fenômeno **A vivência em Cuidado Domiciliar na Graduação em Enfermagem**. Todas as categorias, subcategorias e componentes que compõem o fenômeno estão representadas no Quadro 5.

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	
Aproximando - se do CD	Obtendo conteúdo de CD na disciplina de Estágio Supervisionado I	
	Relacionando alguns conteúdos de CD em outras disciplinas	
	Trazendo contato prévio com o CD	
Desenvolvendo o processo ensino-aprendizagem do CD	Tendo aulas teóricas de CD	
	Realizando estágio em CD	<b>Componentes da subcategoria</b>
		Recebendo orientações antes de ir ao domicílio
		Lendo artigos sobre CD
		Realizando e apresentando estudos de caso em CD
		Desenvolvendo habilidades de observação e atuação no domicílio
Deparando-se com nuances do CD	Vivenciando situações diversas no domicílio	Discutindo após realizar o CD
		Experimentando sentimentos ao realizar o CD
		<b>Componentes da subcategoria</b>
		Pacientes deprimidos
		Cuidador cansado de cuidar do paciente
		Dificuldades para identificar o cuidador
		Dificuldades ao lidar com o cuidador
		Adversidades estruturais e higiene precária
		Resistências ao realizar o cuidado
		Situações conflituosas no domicílio
		Situações positivas de cuidado
		Luto familiar
Ampliando os conhecimentos relacionados ao CD	Encontrando dificuldades ao atuar no domicílio	
	Encontrando facilidades ao atuar no domicílio	
	Compreendendo as características do CD	
Propondo estratégias para aprimoramento do processo ensino-aprendizagem do CD	Identificando os atributos necessários para o CD	
	Conhecendo formas para se preparar para o CD	
	Sugerindo carga horária adequada	
Compreendendo o CD no sistema de saúde	Propondo integração do conteúdo de CD em outras disciplinas	
	Ampliando o número de docentes <i>experts</i> em CD	
	Percebendo o CD no sistema de saúde	
	Visualizando a atuação dos profissionais de saúde no CD	

QUADRO 5 - CATEGORIAS, SUBCATEGORIAS E COMPONENTES DO FENÔMENO “A VIVÊNCIA EM CUIDADO DOMICILIAR NA GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM”

FONTE: A autora (2011)

#### 4.1 APROXIMANDO-SE DO CUIDADO DOMICILIAR

As subcategorias que compõem a categoria “Aproximando-se do Cuidado Domiciliar” estão explicitadas no Diagrama 2.

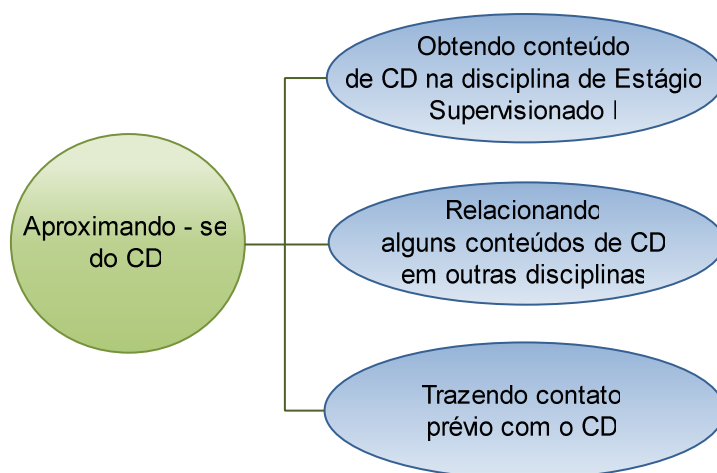


DIAGRAMA 2 - CATEGORIA “APROXIMANDO-SE DO CUIDADO DOMICILIAR” E SUAS SUBCATEGORIAS

FONTE: A autora (2011)

##### 4.1.1 Obtendo conteúdo de Cuidado Domiciliar na disciplina de Estágio Supervisionado I

Os acadêmicos da graduação em Enfermagem da UFPR vivenciam o CD no nono período da graduação, na disciplina de Estágio Supervisionado I, em uma carga horária específica para o CD. Até o primeiro semestre de 2009, o conteúdo de CD era ministrado em dois dias de aulas teóricas, cinco dias de estágio na área e um dia para apresentação de trabalhos, totalizando aproximadamente 40 horas/aula no semestre.

A partir do segundo semestre de 2009, houve um incremento da carga horária destinada ao CD. Além dos dois dias de aulas teóricas, que são ministradas para todos os acadêmicos, o estágio passou a ser desenvolvido uma vez por semana durante 11 semanas e, após o estágio, há mais um encontro em sala de aula para apresentação dos estudos de caso, totalizando aproximadamente 70 horas/aula no semestre. A turma é dividida em três grupos e apenas um deles tem a prática em

CD, pois para que seja possível o acompanhamento do estágio é necessário uma quantia significativa de docentes nessas atividades práticas, uma vez que em cada domicílio entra um número reduzido de acadêmicos.

[...] porque a disciplina de estágio supervisionado foi fragmentada, então os alunos puderam escolher as áreas de interesse, foram separadas as turmas, não foram todas que conseguiram passar pelo CD. (Entrevista 10)

[...] é dada a teoria para todo mundo [...] todo mundo escuta, mas não é ruim, porque eles nunca tiveram conteúdo específico disso [...] a gente fica com um terço dos alunos [...] e tem a partir dessa mudança um depoimento que eles acham que todos os alunos devem passar por essa experiência. (Entrevista 11)

#### 4.1.2 Relacionando alguns conteúdos de Cuidado Domiciliar em outras disciplinas

Além da carga horária específica, é possível realizar e discutir alguns aspectos do CD na disciplina de Assistência em Enfermagem I, no sexto período, na carga horária destinada à Saúde da Criança. Nessa disciplina, são trabalhados a abordagem a pacientes e familiares no domicílio e um texto referente à visita domiciliar que traz sua definição e suas etapas. No estágio, os acadêmicos fazem visitas domiciliares, selecionadas com enfoque na saúde da criança, sendo acompanhados pelos agentes comunitários para facilitar a aproximação com os moradores da área.

Na carga horária de estágio de Saúde Coletiva, presente na disciplina de Estágio Supervisionado I, no nono período, trabalha-se a aplicação da metodologia da assistência na atenção básica em uma unidade ESF, assim os acadêmicos desenvolvem as ações que um enfermeiro da ESF desenvolveria, dentre elas a visita domiciliar é uma das atividades propostas. Nesse caso, a visita domiciliar pode se originar de uma demanda espontânea da unidade de saúde ou de alguma situação já descrita que precisa intervenção no domicílio. Busca-se romper com o modelo de visitas fundamentadas em programas focados no adoecimento e implementar visitas que promovam a saúde na demanda espontânea da unidade de saúde.

No entanto, nessas disciplinas, determinados aspectos do CD, como a visita domiciliar, são discutidos em conjunto com outros assuntos, não sendo possível precisar a carga horária destinada ao tema.

[...] foi comentado um pouco sobre o CD quando foi falado sobre PSF<sup>5</sup> [...] em Saúde Coletiva (Entrevista 3)

#### 4.1.3 Trazendo contato prévio com o Cuidado Domiciliar

Alguns acadêmicos têm a oportunidade de se aproximar do CD em circunstâncias distintas da carga horária da graduação. A inserção em pesquisas desenvolvidas pelos grupos de pesquisa pode permitir ao acadêmico realizar visitas domiciliares a determinada clientela de pacientes. Essa aproximação com o CD, embora sem o aprofundamento teórico da disciplina cursada no nono período, facilita a entrada do acadêmico no domicílio e o contato com os pacientes, além de permitir a visualização de dificuldades presentes ao realizar o CD, como o acesso às residências, pois algumas vezes é necessário andar de 30 a 40 minutos para chegar ao domicílio, com o risco de não encontrar o paciente.

Famíliares dos acadêmicos podem receber o cuidado de uma equipe multiprofissional no domicílio, assim é possível visualizar a atuação dos profissionais e começar a perceber como o CD ocorre.

Estágios extracurriculares em CD permitem a aproximação com a área. O acadêmico, ao cuidar no domicílio, começa a desenvolver habilidades na abordagem do paciente e seus familiares, na realização de cuidados no ambiente privado do paciente e na percepção de particularidades desse espaço de cuidado.

Eu gostei das aulas, porque eu tive uma tia que tinha falecido um ano antes e aí foi o primeiro contato que eu tive com o cuidado domiciliar, com a equipe multidisciplinar do Hospital Oncológico que tinha ido lá fazer o atendimento para ela (Entrevista 7)

Na grade horária do curso eu não tive cuidado domiciliar antes do nono período, mas como eu fazia parte de um grupo de pesquisa [...] nós íamos sempre na casa dos pacientes para fazer entrevista, para fazer orientação, aferir dados vitais [...] desde muito cedo na graduação eu tive que aprender como me portar na casa do paciente, relevar algumas coisas, saber que cada domicílio é um domicílio, cada paciente é um paciente [...] (Entrevista 5).

---

<sup>5</sup> A entrevistada utilizou a sigla PSF que significa Programa Saúde da Família.

## 4.2 DESENVOLVENDO O PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM DO CUIDADO DOMICILIAR

As subcategorias e os componentes que compõem a categoria “Desenvolvendo o processo ensino-aprendizagem do Cuidado Domiciliar” estão explicitadas no Diagrama 3.

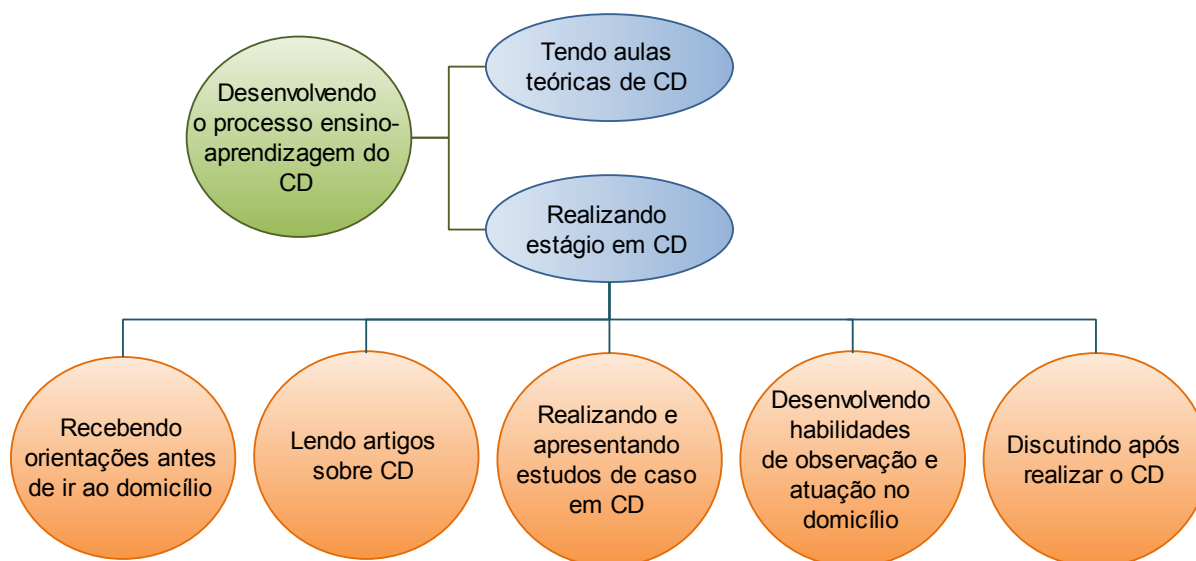


DIAGRAMA 3 - CATEGORIA “DESENVOLVENDO O PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM DO CUIDADO DOMICILIAR” COM SUAS SUBCATEGORIAS E SEUS COMPONENTES  
FONTE: A autora (2011)

### 4.2.1 Tendo aulas teóricas de Cuidado Domiciliar

Ao participar das aulas teóricas específicas sobre o CD, que ocorrem no nono período da graduação, os acadêmicos são apresentados às bases do CD, a começar pela definição dos conceitos de atenção domiciliar, cuidado domiciliar, visita domiciliar e internamento domiciliar, pois tais modalidades têm suas diferenciações e particularidades que precisam ser compreendidas, visto que muitos acadêmicos, embora tenham realizado visitas domiciliares em outras disciplinas, demonstram equívocos em relação a conceitos, atitudes e habilidades que serão desenvolvidas no domicílio.

[...] o que ela [docente] frisou bastante foi essa diferença de visita domiciliar, cuidado domiciliar e atenção domiciliar, repassou um pouco dos conceitos [...] (Entrevista 3)

Eu lembro que foi bastante trabalhado as várias modalidades de atendimento domiciliar, que foi trabalhado em artigos iniciais e que foi discutido em sala de aula [...] (Entrevista 8)

[...] a gente trabalha uma parte teórica, principalmente falando de conceitos [...] porque tem uma dificuldade para os profissionais da área da saúde, de uma maneira geral, definir o que é esse cuidado no domicílio [...] fala-se assistência, atendimento, internamento, várias denominações e esses conceitos são importantes compreender porque tem uma diferenciação e particularidades [...] (Entrevista 11)

O cuidador é um dos assuntos abordados na carga horária específica destinada ao CD, assunto que causa surpresa aos acadêmicos, pois não estão habituados com esta presença em suas atividades. É preciso perceber quem é o cuidador, para assim entendê-lo e cuidar dele, pois o cuidador passa por desgastes físicos e mentais que podem levá-lo à exaustão, o que exige especial atenção por parte dos enfermeiros.

Como trabalhar com o cuidador, observar quem realmente é o cuidador da casa [...] (Entrevista 2)

Tento também trabalhar um pouco a questão do cuidador porque eles nunca se ativeram em relação à figura do cuidador, à importância do cuidador; porque sem cuidador não tem CD [...] eu percebo que sensibiliza os alunos [...] e ao perceberem a figura dessa pessoa e valorizarem que essa pessoa precisa de cuidado, quanto isso é importante para o CD e que ele também precisa realizar o cuidado de si [...] (Entrevista 11)

Salienta-se nas aulas teóricas que sem o cuidador não há o CD, pois ele é a ligação entre pacientes e profissionais ao assumir os cuidados a serem realizados. No entanto, os acadêmicos se defrontam com o dilema ético de quais ações podem ser ensinadas ao cuidador para que ele não exerça ilegalmente a profissão de Enfermagem, mas ao mesmo tempo mantenha os pacientes em condições adequadas de cuidado.

As questões familiares são trabalhadas em relação à composição da família, que é uma construção social e independe de laços consanguíneos. Assim, a família é definida pelo próprio paciente e cabe aos profissionais compreender quem são esses membros e as relações que estabelecem entre si, pois elas interferem na maneira como o cuidado é prestado ao paciente.

Identificar a rotina da família com as atribuições de cada membro é uma atividade complexa, pois muitas vezes tais atribuições se desvelam ao profissional somente com o passar do tempo. Assim, perceber o contexto em que estão

inseridos, o quanto a doença do paciente afeta outros integrantes da família e o relacionamento estabelecido entre familiares e os profissionais é imprescindível para uma assistência familiar de qualidade.

A princípio, foram dados alguns conceitos, coisas básicas, conceito de família, até achei bem interessante porque foi a primeira vez que a gente ouviu aquele conceito de família, que não se restringia a laços consanguíneos; às vezes a gente não para pra pensar nessas coisas [...] (Entrevista 4)

Foi falado [...] de que maneira a gente deveria lidar com os familiares, relações com familiares (Entrevista 6)

[...] observar também os familiares, se a doença do paciente não acaba atingindo os outros membros da família, não focar só no paciente, e sim em toda estrutura familiar (Entrevista 2)

As questões éticas permeiam as aulas teóricas ao trabalhar temas referentes à privacidade do paciente, ao comportamento no domicílio, à linguagem acessível a ser utilizada, ao respeito ao ser humano que está recebendo o cuidado e ao local em que se está atuando.

Em sala foram colocadas [...] várias questões éticas com relação à privacidade do paciente, respeito pelo local que você está atuando, que você tinha que se adaptar à família, ao ambiente [...] (Entrevista 7)

[...] as questões éticas de como agir, o comportamento, a postura que você precisa ter quando está na casa do paciente, as discussões permeavam isso mesmo, abrangiam essa temática. (Entrevista 2)

[...] você vai para áreas muito perigosas, você tem que ter uma possibilidade de se aproximar mais da população, a linguagem tem que ser mais apropriada [...] acessível para experiência de vida daquelas pessoas, isso é prioridade [...] (Entrevista 11)

A complexidade e singularidade do CD exigem que diversos assuntos sejam abordados nas aulas teóricas a fim de preparar os acadêmicos para sua inserção e atuação nesse espaço de cuidado. Assim, temas como contexto domiciliar, legislação em CD e redes sociais de apoio também são trabalhados nas aulas teóricas.

[...] trabalhava a questão do cuidador, da família, do contexto domiciliar, todas as questões que envolvem o CD [...] (Entrevista 12)

[...] alguma coisa de legislação, eu acho também, para respaldo [...] (Entrevista 4)

Foi falado sobre as redes de apoio [...] (Entrevista 6)

O contexto domiciliar envolve o ambiente, os seres humanos e os acontecimentos existentes no domicílio, assim, prestar atenção nesses itens favorece um CD de qualidade, mas é uma atividade difícil de ser realizada, pois a subjetividade dos indivíduos e do contexto se apresenta de forma tácita, diferente dos aspectos biológicos que são mais evidentes aos familiares e aos profissionais.

A legislação em CD é trabalhada nas aulas teóricas, pois na última década existiu uma movimentação do Ministério da Saúde e do Cofen para regulamentar essa área de atuação, portanto, saber da existência de legislação que regulamenta o CD facilita, aos acadêmicos, a atuação em consonância com as determinações vigentes.

Aborda-se também nas aulas teóricas a questão das redes sociais de apoio, que para muitos é um tema desconhecido. As redes fornecem grande auxílio aos pacientes e familiares que são cuidados no domicílio, pois profissionais e sistema de saúde em diversas oportunidades não conseguem satisfazer a totalidade das necessidades dessa clientela. As redes sociais de apoio poderão auxiliar com recursos materiais, transporte, apoio social, psíquico e espiritual. Assim, a questão conceitual, os benefícios e a identificação das redes são assuntos abordados nas aulas teóricas.

Além dos conteúdos trabalhados, são promovidos, nas aulas teóricas, seminários que abordam a temática do CD, entre eles, a participação da família no cuidado, as redes sociais de apoio, contexto domiciliar e comportamento profissional no domicílio. Ao desenvolver essa atividade, há participação dos acadêmicos, seja na realização e apresentação dos seminários, ou como ouvintes e participantes das discussões, pois a turma é dividida em grupos menores e cada grupo desenvolve seminários em áreas diferentes. Essa atividade permite o estudo e a discussão de temas pertinentes ao CD como forma de aprimoramento dos conteúdos ministrados.

#### 4.2.2 Realizando estágio em Cuidado Domiciliar

Após as aulas teóricas, é realizado estágio na área de CD que pode ser tanto em unidades básicas de saúde, como em unidade com ESF. Existe demanda de pacientes que necessitam do CD nos dois modelos de atenção, no entanto,



preconiza-se o campo de estágio em unidades ESF por existirem equipes formadas e designadas para atuar no domicílio do paciente.

Os acadêmicos realizam o estágio em CD no período da manhã, chegam às 08:00h na unidade de saúde para discussão dos casos e de artigos lidos previamente, preparam, ainda, os insumos necessários para a realização do CD. Às 09:00h se direcionam para os domicílios para que não cheguem muito cedo e acabem acordando os pacientes. Portanto, todos os acadêmicos que fazem estágio em CD entram em alguns domicílios para realização dos cuidados.

Os acadêmicos que optam por realizar estágio em CD são subdivididos em dois grupos. Cada subgrupo de quatro acadêmicos é direcionado para unidades de saúde distintas.

#### a) Recebendo orientações antes de ir ao domicílio

Durante o estágio, os acadêmicos desenvolvem o CD, e antes de adentrarem nos domicílios, eles recebem diversas orientações em relação à roupa e sapatos adequados para atuar nesse espaço de cuidado, bem como uso do jaleco, pois o domicílio torna-se um campo de estágio. Assim, o acadêmico deverá estar ciente de que o CD tem um propósito e não é meramente uma visita social, a qual permite outros tipos de vestimentas. Recomenda-se que evitem o uso de adereços para facilitar a realização do cuidado.

Nas aulas teóricas, a professora orientou bastante sobre o que a gente poderia encontrar, sobre como deveria se portar, como a gente deveria estar vestido. Todas as nossas ações [...] (Entrevista 1)

[...] porque dependendo o bairro que você for, você não vai colocar um brinco de ouro e um relógio de ouro para ir lá. Você vai de tênis, é a questão do salto, porque você anda muito, não pode ir de salto, protetor [solar], questões mais básicas [...] (Entrevista 12)

[...] sempre com o jaleco por causa de uma postura profissional [...] (Entrevista 7)

Enquanto estão na unidade de saúde, no período prévio a chegada ao domicílio, orienta-se em relação ao caso e às ações que serão desenvolvidas naquele domicílio para o preparo de equipamentos e insumos que possam ser utilizados naquela situação.

[...] algumas casas que a gente foi, que eles [profissionais da unidade de saúde] conheciam eles [pacientes], já passavam para gente um relatório: olha essa pessoa é assim, ela é portadora de diabetes e hipertensão, [...] moram tantas pessoas [...] (Entrevista 4)

[...] o aluno tem que ter clareza do que vai ser feito, quais são os equipamentos, os insumos necessários para desenvolver algum cuidado naquele domicílio [...] (Entrevista 9)

[...] no começo do estágio discutíamos o que íamos fazer, o que elas tinham que levar de materiais (Entrevista 10)

A entrada no domicílio deve ser realizada de maneira educada, com respeito aos valores e culturas daquele local. Durante a permanência no domicílio, os acadêmicos são orientados a conversar educadamente, sem uso de gírias ou jargões, a respeitar o paciente e a não invadir sua privacidade. Essas atitudes são essenciais para que o futuro profissional consiga construir uma relação de confiança, estabelecer vínculos com o paciente e seus familiares e assim manifestar a sua competência, culminando com sua credibilidade profissional.

[...] como observar também, não ficar com olhar de curioso, ter um jeito para observar o local, como conversar, não ficar falando gíria, não ficar mascando chiclete, a roupa que tem que estar vestida, não ir de chinelo, esse tipo de coisa. (Entrevista 3)

[...] que eles tinham que entender que nós estávamos em um ambiente privado daquela família, que eles precisavam ter educação, serem respeitosos, não serem preconceituosos [...] (Entrevista 12)

Bom, questões éticas que são principais, pois você entra num espaço que é particular, que tem a questão do respeito aos valores, à cultura etc. várias questões envolvidas aí [...] (Entrevista 9)

Orienta-se que é necessário adequar a estratégia de cuidado de acordo com a realidade do paciente. É preciso ouvir suas dúvidas, explicar o procedimento que será realizado e a conduta a ser seguida, mas sem impor as orientações e os ideais do profissional. Paciente e família têm o livre arbítrio nas suas escolhas, de acordo com seus valores culturais, crenças, costumes.

[...] explicar o que vai ser feito [...] estabelecer um contato com esse usuário, não num grau de intimidade, mas de confiabilidade, ouvindo sempre a demanda do usuário, vendo o que ele realmente quer e se ele está entendendo o que vai ser feito [...] (Entrevista 9)

[...] eram fornecidas muitas orientações antes de entrarem no domicílio, principalmente no sentido de você não chegar lá e querer impor algumas orientações ou suas ideias. Então era reforçado muito essa questão,

porque nós estávamos entrando no contexto do outro, não estávamos no nosso ambiente de trabalho. (Entrevista 10)

Os acadêmicos são orientados a observar, de maneira discreta, o cuidador, a estrutura do domicílio e as necessidades da família. Recebem orientações das situações que podem ser encontradas, das expectativas da família em relação ao CD e em que aspectos serão avaliados. Essas orientações são necessárias, pois o domicílio é um campo de estágio diferente daqueles que o acadêmico está acostumado a desenvolver sua prática. Assim, ao chegarem ao domicílio, podem se deparar com situações inusitadas de estrutura, relações e cuidados que, se não orientadas previamente, podem levar a reações de constrangimento dos pacientes, familiares e profissionais.

Ressalta-se a importância de não irem aos domicílios sozinhos, justamente por não saberem que situação será encontrada, e não irem em grupos de muitos acadêmicos, pois vários domicílios não comportam grande número de pessoas, além de ser desconfortável para o paciente receber tantas pessoas ao mesmo tempo.

[...] não ir sozinho, sempre estar em dupla ou com um técnico da unidade de saúde, ou com outro acadêmico, ou com professor e acadêmico, a gente sempre está com mais de um na atividade [...] (Entrevista 9)

[...] todo esse cuidado de entrada em domicílio de risco, de não ir sozinha [...] ter essa garantia [...] vão sempre dois alunos acompanhados de um agente comunitário [...] e nunca um aluno e nunca muitos alunos para não fazer um confronto com a própria comunidade. (Entrevista 13)

#### b) Lendo artigos sobre Cuidado Domiciliar

Além das atividades realizadas no domicílio, faz-se, durante o estágio, a leitura de artigos referentes ao cuidado ao cuidador, à atuação e à autonomia do enfermeiro no CD, aos familiares e contexto domiciliar e, por meio das discussões posteriores à leitura, relaciona-se a teoria com a realidade encontrada na prática.

[...] o artigo tratava sobre a modalidade do atendimento domiciliar, falava sobre a autonomia do enfermeiro, sobre o cuidado ao cuidador [...] (Entrevista 8)

A gente trabalhava com textos de apoio sobre família, sobre cuidador, fazíamos estudo de caso, todo processo de Enfermagem, então cada dia nós discutíamos um artigo [...] nos textos tinha cuidador, família, aí nós íamos juntando aquela teoria, depois que nós voltávamos da visita, nós discutíamos o caso e retomávamos algumas questões discutidas no texto, tentando fazer essa ponte entre teoria e prática. (Entrevista 12)

[...] a gente discutia os artigos que a gente lia, mas sempre tentando relacionar com aquilo que a gente via na prática. (Entrevista 4)

As discussões fundamentam as ações da prática, é possível visualizar muitas das situações expostas nos artigos no dia a dia do CD e, assim, encontrar exemplos e alternativas de ações.

#### c) Realizando e apresentando estudos de caso em Cuidado Domiciliar

Durante o estágio são realizados estudos de caso, os quais são desenvolvidos com pacientes que receberam cuidados em domicílio. Nesses estudos, são abordados o histórico, a patologia, os diagnósticos de Enfermagem e os atendimentos realizados ao paciente. As informações consideradas relevantes são documentadas e discutidas com base em artigos e livros, como as questões específicas de cuidado para cada paciente, as redes de apoio que podem ser utilizadas e o cuidado ao cuidador.

[...] histórico, a patologia, todos os atendimentos que foram feitos, e disso a gente ia tirando alguns tópicos que a gente trabalhou mais, por exemplo, cuidado do cuidador que a gente trabalhava bastante, cuidado ao AVC<sup>6</sup>, cuidado a mobilização [...] a gente pegava várias teorias, várias revisões de literatura sobre isso, de violência ao idoso, apoio, rede social [...] aí a gente colocava os diagnósticos e as prescrições, tudo, sempre colocou de todos os dias [...] (Entrevista 8)

Os acadêmicos trabalham em trios ou duplas na elaboração dos estudos, assim é possível a troca de pareceres a respeito de cada situação, facilitando a elaboração de um plano de cuidados e o desenvolvimento das atividades, como, por exemplo, a elaboração de uma cartilha educativa.

Todos os estudos de caso são apresentados, em uma manhã, para todos os acadêmicos da turma e discutidos entre eles e a docente da disciplina. Ao

---

<sup>6</sup> A entrevistada utilizou a sigla AVC que significa Acidente Vascular Cerebral.

desenvolvê-los e discuti-los, os acadêmicos se deparam com paradoxos que ocorrem entre um domicílio e outro, como conflitos familiares ou cuidados e atenção adequados despendidos ao paciente, fatores que interferem na sua recuperação.

#### d) Desenvolvendo habilidades de observação e atuação no domicílio

Ao entrar no domicílio, os acadêmicos iniciam o processo de desenvolvimento das habilidades de observação e atuação. Os aspectos estruturais da residência, como o tipo de material utilizado na sua construção, a disposição e tamanho dos cômodos e móveis, a presença de saneamento básico e as questões de higiene são observados para que o cuidado prestado seja adaptado à realidade do paciente. Essas particularidades normalmente refletem a condição socioeconômica da família que é outro ponto considerado, pois dela dependem as ações que podem ser desenvolvidas em prol do paciente.

A gente observa tanta coisa, é bem interessante, observava a questão socioeconômica, é uma coisa que eu acho das principais, a gente chega e já observa [...] (Entrevista 4)

Bom, o local onde ele mora, tanto a região, o bairro, o ambiente, a casa, se é de madeira, se tem esgoto, se tem bicho de estimação, o ambiente. (Entrevista 3)

Ao realizar o CD, são observados o estado físico e mental do paciente, suas necessidades, a aceitação aos cuidados prestados, a medicação utilizada, os equipamentos disponíveis e, principalmente, sua evolução. Os acadêmicos, durante o estágio, têm a possibilidade de aprimorar a habilidade de observação, que será um instrumento fundamental na sua atuação profissional, principalmente ao cuidar no domicílio, pois por meio dela é possível coletar dados e estar consciente da realidade encontrada.

[...] o modo como a pessoa está, às vezes a gente chega e vê que tem pessoas que estão bem animadas, tem pessoas que estão bem depressivas, se entregam para a doença. (Entrevista 4)

Ver principalmente o cuidador principal desse paciente, se o paciente está aceitando os cuidados [...] (Entrevista 8)

[...] nós observávamos a questão da medicação [...] e também [...] essa questão dos equipamentos que eles tinham; se eles estavam usando de maneira adequada, [...] e observar se o paciente está tendo uma evolução. (Entrevista 7)

Além do estado físico, que é a primeira queixa da família, os acadêmicos devem estar atentos para o estado emocional do paciente, pois muitos se apresentam emocionalmente abalados, depressivos, revoltados com o atual estado de saúde. As limitações impostas pela patologia, a dependência de um cuidador, o afastamento do trabalho e do convívio social são alguns fatores que podem gerar no paciente sentimentos negativos e podem levá-lo a não aceitar as ações propostas para manutenção e/ou recuperação da sua saúde. Cabe ao futuro profissional perceber essas alterações e motivar o paciente nas ações de cuidado.

As necessidades de higiene, de movimentação no leito e pelo domicílio, de banho de sol, os equipamentos e medicações utilizadas são observadas para estabelecer um plano de cuidados que deve ser revisto periodicamente de acordo com a evolução do paciente.

O cuidador e os membros da família são observados para identificar de que maneira os cuidados são realizados e as possíveis dificuldades que possam ter ao desempenhá-los. Nota-se também a relação entre essas pessoas, no intuito de identificar quem auxilia no cuidado, quem trabalha em ambiente distinto do domicílio, quem paga as despesas, quem tem mais contato com o paciente e que tipo de auxílio cada um dos integrantes executa.

Na relação dele [paciente] com familiares, com o cuidador, tentar identificar qual é o cuidador que tem o poder econômico, ou aquele que passa mais tempo em contato com o paciente, também perceber se ele é cuidado da maneira com que eles falam que fazem, às vezes eles dizem que fazem alguma coisa, que eles sabem que é o certo, e na prática não fazem. (Entrevista 7)

[...] a gente acaba observando aquilo que a professora tenta alertar: a questão da relação familiar, pai, mãe, filho, quem ajuda, quem não ajuda, quem trabalha, essas relações [...] (Entrevista 4)

Atentar sobre as relações entre paciente, familiares e cuidador auxilia na compreensão de atritos que possam existir. Em diversas situações, o cuidador é um familiar do paciente que foi designado para essa atividade por outros membros da família, porém, ele pode não estar satisfeito em realizar o cuidado, fato que pode gerar desavenças, angústias e até mesmo agressões ao paciente. Assim, saber

como essa pessoa se tornou o cuidador, observar sua receptividade, a maneira como se expressa com os profissionais, paciente e demais familiares e eventual presença de lesões no paciente provocadas pelo cuidador, direciona o acadêmico para ações mais apropriadas dentro do domicílio.

Perceber as relações positivas que ocorrem no domicílio também auxilia no direcionamento das ações, pois assim é possível identificar quem são as pessoas em quem o paciente confia, por quem ele prefere ser cuidado, de quem ele sente falta e assim o acadêmico consegue verificar quem é a pessoa na família que será o seu referencial, o elo entre a equipe de saúde e a família.

O contexto em que o domicílio está inserido, com os movimentos sociais da comunidade, as redes de apoio utilizadas, incluindo igrejas, vizinhos, programas de rádio e a própria unidade de saúde, a presença de convívio social e os demais aspectos já citados, quando observados, direcionam o cuidado de acordo com a realidade do paciente, fato que evita um cuidado pontual, direcionado apenas para determinado agravo e contribui para a compreensão das subjetividades.

Tinha que observar tudo, o círculo social, familiar, rede social, rede de apoio que ela tinha, rádio, vizinho, igreja, comunidade, unidade de saúde, tudo que a gente fazia a gente trazia para enfermeira daquela área, trabalhamos toda essa parte dos familiares, os cuidadores, o cuidador principal, o outro cuidador, e tinha as filhas que visitavam, que tipo de ajuda que elas davam, se era financeira, se era levar remédio [...] (Entrevista 8)

Para você poder orientar conforme a realidade do paciente, não vai orientar exercícios se não tem uma estrutura na casa para isso, você vê também a realidade financeira e tudo mais [...] (Entrevista 2)

Para atender da maneira mais adequada. Porque assim, se você não olha o ambiente, o paciente como um todo, as coisas passam, você não tem o cuidado integral com o paciente [...] (Entrevista 6)

Além de observar, os acadêmicos atuam no domicílio, e uma das primeiras atividades realizadas é o diagnóstico das necessidades do paciente e da família. É preciso identificar as ações a serem realizadas em caráter prioritário no momento em que adentram nesse espaço, pois podem existir situações graves que precisam ser resolvidas em caráter emergencial, sejam relacionadas ao processo de adoecimento do paciente ou referentes às relações familiares.

[...] você tem que ver qual é o grau de necessidade daquele paciente, saber analisar, ver como que você pode criar estratégias para intervir com

aquele doente conforme as necessidades da casa dele, conforme ele vive [...] (Entrevista 1)

[...] primeiramente era feita uma entrevista levantando alguns diagnósticos, o que a gente poderia estar trabalhando naquele ambiente [...] (Entrevista 10)

Em seguida são realizadas orientações ao paciente e cuidador, de como realizar o cuidado, a respeito da patologia, da medicação utilizada e em relação às redes sociais de apoio. Paciente e família precisam ser instrumentalizados a realizar o cuidado por meio da disponibilização de materiais e de profissionais que ensinem e supervisionem o cuidado.

[...] foi mais orientação para o cuidador que para o próprio paciente [...] como poderia fazer para não confundir a medicação, para dar a medicação correta, dividir, comprar aquele espaçador de medicação ou, então, colocar em copinho, ou pegar das caixinhas e colocar separados por cor [...] (Entrevista 3)

[...] nós orientamos quanto ao cuidar da paciente [...] (Entrevista 6)

[...] orientações relacionadas à patologia do paciente [...] (Entrevista 5)

[...] também houve orientações com relação a procurar auxílio no FAS<sup>7</sup> para conseguir recursos [...] (Entrevista 7)

Realizar o cuidado não é tarefa fácil para muitos cuidadores leigos que se sentem inseguros ao desempenhar tais atividades. O acadêmico de enfermagem precisará de tranquilidade e paciência ao ensiná-los, bem como ao supervisioná-los no desempenho das atividades.

Orientar sobre as manifestações clínicas da patologia do paciente, os fatores agravantes, as possíveis complicações, a necessidade das medicações utilizadas e seus efeitos adversos, traz tranquilidade ao paciente e seus familiares, que terão que se acostumar com determinadas situações, pois inúmeros pacientes que recebem cuidados no domicílio são portadores de doenças crônicas ou de sequelas permanentes.

Diversos pacientes e seus familiares precisam do auxílio das redes sociais de apoio, entretanto a maioria dessas pessoas desconhece o que é uma rede e qual a sua finalidade, assim uma das orientações necessárias no CD se refere à indicação das redes que podem ser utilizadas.

---

<sup>7</sup> A entrevistada utilizou a sigla FAS que significa Fundação de Ação Social.



Diante das diversas orientações realizadas quando se atua no CD, o futuro enfermeiro precisa ter consciência de que elas não são imposições. O paciente e seus familiares têm autonomia para tomar suas decisões. Cabe, portanto, ao acadêmico, orientar de forma clara e ressaltar a importância de cada ação com vistas à compreensão dos sujeitos.

Entre os cuidados prestados, estão a mensuração dos sinais vitais, a realização do teste de glicemia capilar, a verificação de medicações utilizadas, a mobilização do paciente, a mudança na disposição dos móveis, a higienização do paciente e realização de educação em saúde.

A educação em saúde é primordial no CD e, para que ela aconteça, os acadêmicos precisam refletir antes de agir, é preciso identificar as necessidades e principalmente considerar os conhecimentos científicos e populares significativos para a família para que as ações indicadas estejam de acordo com a realidade encontrada e tragam os benefícios esperados.

A gente aferiu a pressão, verificou sinais vitais [...] perguntamos alguma coisa sobre medicação e fizemos algumas orientações [...] (Entrevista 4)

[...] fazer teste de glicemia [...] (Entrevista 3)

[...] tentamos pensar a disposição da casa para liberar o caminho, para que ela pudesse se movimentar [...] (Entrevista 7)

[...] eram feitas orientações, principalmente educação em saúde no domicílio [...] tentamos trazer uma estratégia mais criativa, que envolvesse o conhecimento que eles têm [...] (Entrevista 10)

Cuidar do cuidador é uma das atividades desenvolvidas, as quais incluem orientações de ergonomia ao cuidar do paciente, sugestão de rodízio com outro cuidador para realização de atividades pessoais e momentos de lazer.

[...] e para o cuidador também, para a saúde dele, foi conversado também sobre o fato dele precisar de uma outra pessoa para ficar no lugar, quando ele tiver que fazer alguma coisa, ter as horas de lazer dele [...] (Entrevista 3)

Eu lembro que a gente comentava o seguinte: que antes de você cuidador cuidar da pessoa que está acamada, que está comprometida, do paciente em si, você também tem que cuidar de você, porque se você não conseguir cuidar de você [...] essa pessoa depende de você [...] (Entrevista 5)

Muitas vezes, a realização de técnicas não está presente no CD, no entanto, a necessidade do paciente e cuidador é de serem escutados, ou que se converse com eles para saber mais da sua história, do tratamento do paciente e de como foi a escolha do cuidador.

Os acadêmicos podem achar que não há nada a ser realizado no domicílio, pois estão habituados com a execução de técnicas de Enfermagem, presentes nas instituições hospitalares, todavia a ação a ser desenvolvida no domicílio pode estar voltada às relações que se estabelecem entre os membros da família, cuidador e paciente, ou a relação dessas pessoas com o sistema. Assim, não será exigido deles a execução de técnicas, e sim ouvir, esclarecer, intermediar e apaziguar situações.

[...] a gente conseguiu conversar mais com o paciente, saber mais da história dele, como é feito o tratamento, por quem é feito, por que é feito por aquela pessoa, se o paciente escolheu aquela pessoa ou foi eleito pela família, então a gente conseguiu investigar um pouquinho mais, mas ficou mais no diálogo [...] (Entrevista 3)

Independentemente da atividade a ser desenvolvida, o importante é atuar de acordo com a realidade encontrada e para isso os acadêmicos estudam o processo de adoecimento do paciente, as medicações utilizadas, a alimentação mais adequada, o cuidado pertinente àquele cuidador, observam os fatores socio-econômicos e estruturais, enfim, se preparam de acordo com a situação com a qual se deparam no domicílio.

[...] a gente prioriza sempre um contato diário ao fim das atividades para discutir, porque a realidade é muito diferente, ela se coloca de uma maneira diferente [...] (Entrevista 9)

#### e) Discutindo após realizar o Cuidado Domiciliar

Após realizar o CD, os acadêmicos discutem as situações encontradas no domicílio, as atividades desenvolvidas e o que pode ser feito diante daquelas situações.

[...] logo que saíamos do domicílio, quando estávamos voltando para unidade, a gente já vinha conversando sobre o caso, já vinha refletindo

sobre o que tinha sido visto, sobre o que poderíamos fazer se voltássemos lá outra vez, todas essas coisas. (Entrevista 1)

[...] ao desenvolver algum cuidado domiciliar, a gente retorna para equipe multiprofissional, discute a situação que foi vivenciada [...] discute muito isso assim: o que foi visto e o que é possível ali reverter, o que é possível junto com o grupo refletir, fazer uma proposta de mudança, se a partir dali a família aceitar, o que ela pode mudar [...] (Entrevista 9)

As discussões são o suporte para a ação. Por meio delas é possível intervir de maneira adequada, portanto, é necessário visualizar as questões que são problemas no domicílio, relacionadas, por exemplo, às formas de cuidado ao cuidador ou às redes de apoio que poderiam ser utilizadas e, em grupo, chegar à solução mais apropriada, discutindo sempre a evolução do caso e se necessário readequando as ações.

Ao discutir, é possível identificar peculiaridades da região em que se está fazendo estágio, costumes dos seus habitantes e assim compreender por que as situações são vivenciadas de determinadas formas. As discussões são, portanto, fundamentais, pois permitem relacionar teoria e prática, acrescentar conhecimentos e trocar experiências.

[...] porque eu acho que isso que era o importante, [discussões] porque você chegar lá, só observar e depois ir embora para casa, a gente como estudante não consegue perceber que aquilo que a gente viu é uma alteração [...] (Entrevista 3)

Acho que justamente para fazer esse *link* entre teoria e prática, para gente não fazer só por fazer, mas para que eu tô falando isso, para que eu tô perguntando isso. (Entrevista 4)

[...] ele [acadêmico] tem uma demanda, ele precisa discutir o que ele viu [...] uma questão de ir afinando seu olhar e ir adquirindo essa habilidade maior [...] será que a dinâmica é realmente essa? O que está sendo mostrado é real? Será que eu consegui enxergar direito? (Entrevista 9)

O estágio em CD permite a ampliação dos conhecimentos de Enfermagem e de vida. Com as atividades, os acadêmicos podem desenvolver habilidades como pensar com rapidez, valorizar as discussões e fazer ligação entre teoria e prática.

### 4.3 DEPARANDO-SE COM NUANCES DO CUIDADO DOMICILIAR

As subcategorias e os componentes que compõem a categoria “Deparando-se com nuances do Cuidado Domiciliar” estão explicitadas no Diagrama 4.

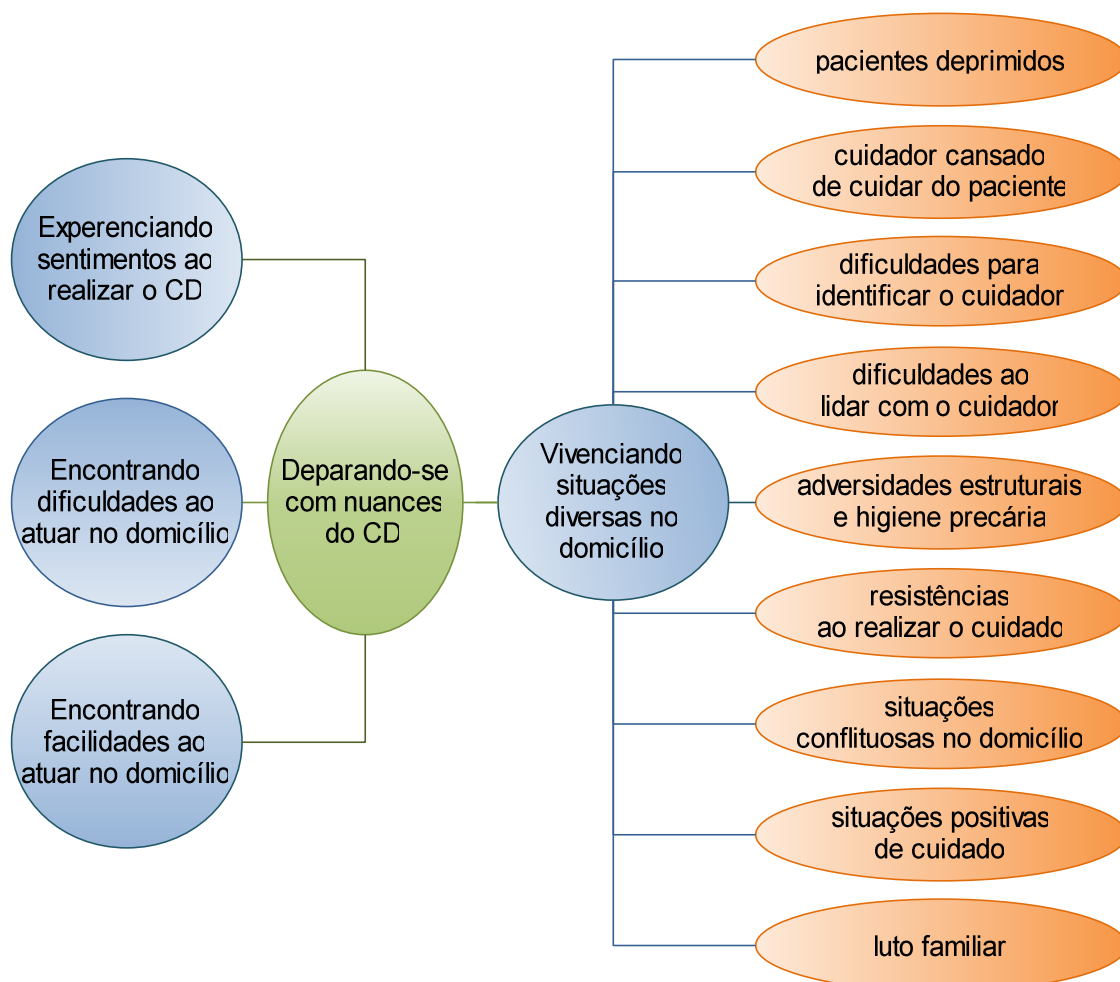


DIAGRAMA 4 - CATEGORIA “DEPARANDO-SE COM NUANCES DO CUIDADO DOMICILIAR” COM SUAS SUBCATEGORIAS E SEUS COMPONENTES  
 FONTE: A autora (2011)

#### 4.3.1 Experienciando sentimentos ao realizar o Cuidado Domiciliar

Ao realizar o CD, há um misto de sentimentos envolvidos: invasão, estranheza, incômodo, vergonha, apreensão, interesse, novidade.

Essa diversidade de sentimentos é normal, pois os acadêmicos estão habituados a desempenhar suas atividades em ambiente hospitalar ou unidade de saúde e ao se deparar com o CD, eles se sentem invadindo o espaço do outro, precisam pedir licença para entrar no domicílio e para realizar o cuidado. Estranham essa situação, pois estão acostumados com as rotinas hospitalares e no domicílio há uma inversão de papéis, pois os pacientes e familiares possuem suas próprias rotinas.

Os acadêmicos sentem-se incomodados, envergonhados e apreensivos ao estar no domicílio, pois realizam o cuidado em um ambiente muitas vezes adverso, com o qual eles não estão acostumados, e também por serem observados pelos familiares no desempenho de suas atividades.

Embora existam as dificuldades já citadas, poder estar no domicílio e realizar o cuidado ao paciente no ambiente que é íntimo dele causa interesse nos acadêmicos, justamente pela novidade do campo de atuação.

Tem que entrar no domicílio, e você está invadindo o espaço de outra pessoa, então você tem que saber respeitar isso [...] porque não é o teu espaço (Entrevista 1)

[...] é bem estranho, porque quando o paciente vem até o hospital, a gente está no nosso ambiente, sabe onde tem as coisas, tem o domínio de tudo e ele vai lá só para falar; agora, quando a gente vai na casa do paciente, está num lugar que não conhece, então fica meio envergonhado, ainda mais se a gente é estudante; primeira vez que está indo na casa, então a gente estranha bastante, fica com vergonha de falar com o paciente [...] (Entrevista 3)

Olha, foi uma experiência bem interessante, nova [...] (Entrevista 4)

#### 4.3.2 Vivenciando situações diversas no domicílio

Há diversas situações que são possíveis se deparar quando se está no domicílio, e a partir delas os acadêmicos começam a perceber diversas competências necessárias ao enfermeiro que atua no CD. As situações encontradas foram:

a) *pacientes deprimidos* que não se conformam com sua nova condição de saúde podem não querer receber cuidados. É preciso incentivá-los e informá-los dos benefícios de cada ação.

[...] eu lembro que tinha um caso que estava bem deprimido [paciente], não queria se ajudar, e o cuidador queria que fizesse e a pessoa estava bem desanimada [...] (Entrevista 3)

b) *cuidador cansado de cuidar do paciente*, pois a demanda de atividades é extenuante, cuidar do paciente todas as horas do dia e todos os dias da semana pode causar esgotamento físico e mental ao cuidador. Diante disso, o acadêmico começa a aprender que cabe ao enfermeiro que atua no CD identificar outras pessoas que possam realizar o cuidado e assim fazer um rodízio com o cuidador principal, no entanto, se os demais familiares não se dispuserem a auxiliar no cuidado, deve-se reforçar a necessidade de descanso do cuidador, esclarecendo que ele pode também adoecer.

[...] teve um caso que o cuidador era o marido que já estava saturado de cuidar da mulher, já não aguentava mais, ele queria levar ela para o asilo e a família não queria, estava numa discussão, porque os filhos queriam que ele cuidasse, mas ele já estava cansado [...] (Entrevista 3)

c) *dificuldades para identificar o cuidador*, nesse sentido cabe ao enfermeiro ficar atento para identificar as relações que se estabelecem no domicílio e assim perceber quem é o cuidador principal, pois é ele quem será a referência daquele domicílio.

[...] quando eu cheguei lá [domicílio] não foi tão fácil identificar quem era esse cuidador, isso foi uma coisa que me chamou a atenção [...] a gente fala tanto teoricamente e parecia que ia chegar lá [e identificar] esse aqui é o cuidador: o filho, ou a mãe. (Entrevista 4)

d) *dificuldades ao lidar com o cuidador*, são superadas, pelo enfermeiro, com muita paciência e diálogo para entender o posicionamento do cuidador, para explicar a ele os motivos que determinam cada tomada de decisão, sempre mantendo respeito pelas opiniões dessa pessoa tão importante para que o CD aconteça.

[...] uma [cuidadora] era mais complicada, ela era meio desorientada, e a outra porque era muito nova, ela era um pouco teimosa [...] a gente tinha que demonstrar conhecimento, que não era só estar lá, a gente trazia

material educativo para ela e mostrava [...] mas era teimosa, então eu acho que a maior dificuldade é mais com o cuidador do que com o paciente. (Entrevista 8)

e) *adversidades estruturais e higiene precária*, muitos domicílios não têm as condições adequadas para realização do cuidado, assim o enfermeiro deverá ter criatividade para se adaptar e realizar o cuidado de maneira a não ferir princípios científicos e também para adaptar alguns móveis e cômodos para que o cuidado seja facilitado. Essas modificações só poderão ser realizadas se paciente e familiares consentirem e se estiverem ao alcance do enfermeiro, pois muitas situações extrapolam seus limites profissionais.

[...] essa casa que a gente foi visitar, eram condições de miséria total [...] eu lembro que o paciente era acamado, ele era deficiente visual também, e ele só tomava banho de três em três dias, de quatro em quatro dias, porque era o dia que as vizinhas podiam dar o banho e elas levavam esse paciente para o chuveiro, porém eu lembro que tinha degraus [...] e a casa em condições de miséria mesmo, nem poderia falar quebra esse degrau e vamos arrumar isso, na verdade teria que arrumar toda a casa. Então eu lembro que levavam ele no colo sabe, porque não tinha cadeira de banho, colocavam num banquinho e davam o banho. (Entrevista 5)

f) *resistências ao realizar o cuidado*, porque muitas vezes é difícil para o paciente e cuidador aceitar que uma pessoa estranha entre em seu domicílio e determine o que deve ser feito, assim o enfermeiro deverá respeitar as opiniões e com cautela deverá mostrar o benefício de suas ações para adquirir a confiança dessas pessoas.

E ela [paciente] estava muito nervosa pela condição dela [sequelada de AVC], pela filha que não cuidava muito bem dela, e, nesse primeiro momento foi bem difícil estar lá, porque ela realmente resistiu estar com a gente. E aí a gente não sabia muito bem o que dizer. No primeiro momento, foi estranho, depois a gente começou a receber mais atenção da paciente porque ela tava sentindo os benefícios do nosso cuidado. E estava havendo resistência por parte do cuidador, dos cuidadores, que qualquer sugestão que a gente dava eles não queriam acatar. (Entrevista 6)

g) *situações conflituosas no domicílio*, pois o adoecimento de um integrante gera desgaste em todos na família, o que pode culminar com conflitos que precisam ser mediados pelo enfermeiro que nesses casos age como apaziguador e tenta restabelecer a harmonia das relações.

[...] a cuidadora principal criava um atrito muito grande com a mãe, a mãe ficava nervosa e gritava, e gritava um e gritava outro, ela chegou a gritar no ouvido da mãe, a mãe pedia as coisas, ela dizia que não podia fazer, aí ela gritava no ouvido da mãe, a cuidadora criava um tumulto, criava um tumulto com a outra irmã dela, que foi a que assumiu o cuidado depois [...] era bem tumultuado. (Entrevista 6)

h) *situações positivas de cuidado* podem ser encontradas no domicílio, pois existem ocasiões em que há envolvimento de todos os integrantes da família, em que há o revezamento do cuidador, evitando desgaste, há troca de carinhos entre os integrantes que motivam o paciente. O enfermeiro precisa reconhecer essas circunstâncias e incentivá-las.

E assim a grande diferença [entre uma família e outra] era [...] o cuidado, era muito diferente, a filha dela [da paciente] estimulava, acordava ela cedo, colocava a mãe no banho, trocava, colocava ela sentada na porta de casa, levava para passear, quando a mãe estava dormindo muito tempo ela ia lá acordar para não ficar muito tempo deitada; colocava sentada para assistir TV, interagia com a mãe [...] ela fazia o almoço para a mãe e o pai [...] tava sempre estimulando a mãe a não ficar fechada, a andar um pouco sem ficar cansada. (Entrevista 6)

i) *luto familiar*, que enquanto não é enfrentado e resolvido pela família, impede o êxito de outras ações. Assim, o enfermeiro precisa de sensibilidade para perceber que essa situação de luto está prejudicando os envolvidos e para atuar de forma a auxiliar na superação dessa perda.

[...] aí nós soubemos na visita que aquele era o filho que tinha falecido. [...] a esposa tinha tido um caso gravíssimo de depressão depois da morte do filho e durante a visita eles choraram muito, eles viviam um luto há mais de quatro anos [...] uma situação não descrita na unidade de saúde, não aparece isso no prontuário desses usuários [...] e aí qual é a proposta de intervenção? No caso, a gente foi para uma demanda de um protocolo e a necessidade de saúde deles não é o protocolo [...] é viver um luto, um luto ainda não resolvido [...] (Entrevista 9)

#### 4.3.3 Encontrando dificuldades ao atuar no domicílio

Diante dos sentimentos experienciados e das situações encontradas no domicílio, algumas dificuldades são enfrentadas ao realizar o CD, como saber o que deve ser realizado frente a determinadas circunstâncias. Os acadêmicos, ao entrar no domicílio, padecem com sua inexperiência. As situações se apresentam e exigem



uma solução, assim o indicado é que se tenha raciocínio rápido para avaliar o que está acontecendo e atuar da melhor forma possível. Porém, a falta de intimidade com as pessoas que estão no domicílio e o fato de estarem sendo observados pelo paciente e familiares são fatores que podem inibir a ação do acadêmico.

[...] eu não sabia o que podia falar, eu tinha que pensar muito antes de falar, [...] por não conhecer muito bem o domicílio, nem as pessoas, então, eu não sabia o que eu podia dar de palpites ali [...] o que eu poderia fazer [...] você saber o jeito de falar, o jeito de orientar, o que você pode orientar [...] (Entrevista 1)

[...] inexperiência em entrar na casa do paciente e não saber o que fazer, cumprimentar e não saber direito [...] sabe que tem que observar, mas não consegue ver muita relação nisso, observa, acha um monte de coisas mas depois não sabe o que fazer para fazer uma orientação, por exemplo, na hora ali, não ter aquele raciocínio rápido, para orientar ali na hora mesmo, isso foi uma grande dificuldade, acho que só com o tempo para conseguir [...] (Entrevista 3)

Algumas vezes a apreensão, a falta de destreza manual e de criatividade para adaptações necessárias, bem como os próprios preconceitos de considerar quais são as melhores alternativas para aquela família, sem levar em consideração o que eles pensam e os próprios determinantes sociais, interferem no desenvolvimento das ações do acadêmico.

Olha, sinceramente, no primeiro dia, a gente ficou tão apreensiva, aquela coisa de ser estágio, que até para aferir pressão, que é uma coisa, imagina que quantas vezes a gente faz na faculdade, e a gente ficou meio assim quem vai? [...] A professora alertou bastante: - olha, cuidado com o que vocês perguntam para não invadir a privacidade, a cultura da pessoa. A situação socioeconômica da pessoa era muito baixa, então a gente ficou tão apreensiva para não errar que acabou não se soltando tanto, mas em outra [casa] a gente achou que se saiu melhor, perguntamos mais. (Entrevista 4)

Uma das dificuldades [...] era a questão assim de você meio que largar seus próprios preconceitos [...] então, isso é uma coisa difícil, é uma dificuldade que eu tive, preconceito mesmo, eu acho que esse foi uma das maiores dificuldades. (Entrevista 4)

O sentimento de impotência pode estar presente ao realizar o CD por diversas circunstâncias: dificuldades do paciente e seus familiares em acatar as orientações realizadas devido à sua condição social, o que impõe limitações, que por vezes vão além do âmbito da Enfermagem; dificuldade do paciente e sua família em aceitar a realização de algumas ações, independente da condição econômica; e o fato de que muitas ações realizadas no CD favorecem o atendimento ao

adoecimento com a finalidade de atender protocolos e programas, que, no entanto, não correspondem às reais necessidades da população.

A maior dificuldade eu considero que seja a impotência, no sentido de você falar tem que ser assim [...] mas não tem como realizar o que eu quero [...] mas eu fico pensando: meu Deus do céu, como aquela pessoa vive? O sentimento de impotência mesmo. Eu, como profissional, tenho que orientar isso, isso, aquilo, mas ele não vai fazer isso, porque ele não tem nem um real para comprar um pão [...] Eu acho que isso foge do âmbito da Enfermagem, eu acho que aí entra as questões políticas [...] (Entrevista 5)

[...] claro que se compreende que há uma limitação de intervenção [...] não é só o setor que vai resolver algumas situações que a gente encontra, muitas vezes você tem problema com falta de renda, escolaridade baixa, não acesso a emprego, trabalho com carteira assinada, etc. Essas situações a gente vai ter que discutir com outros setores. (Entrevista 9)

Muitas dificuldades de relacionamento estão presentes no CD, seja entre paciente e seus familiares, entre família e profissionais ou entre os próprios profissionais. A sensibilidade, paciência e muito diálogo podem auxiliar na superação dessas dificuldades.

[...] a relação entre as pessoas, essa sim é complicada e difícil, seja ela com paciente, seja ela com outros profissionais, eu acho que tenho muito mais medo disso do que chegar lá e saber diluir um medicamento [...] (Entrevista 4)

#### 4.3.4 Encontrando facilidades ao atuar no domicílio

Ter conhecimento científico é apontado como uma facilidade ao atuar no domicílio, pois permite realizar adequadamente os cuidados necessários em cada situação. A experiência anterior no CD também facilita o desenvolvimento do cuidado, pois o acadêmico se sente mais desinibido para se relacionar e realizar o cuidado, bem como já sabe como se comportar e o que observar, no entanto, a comunicação com pacientes, cuidadores e familiares é a maior facilidade apresentada, fato importante, pois a comunicação no CD é essencial para o êxito das ações.

A facilidade é que quando você sabe alguma coisa, independe se você está no ambiente hospitalar ou domiciliar. Eu acho que flui bem assim, se você sabe determinada técnica bem, eu acho que essa é uma facilidade

que você tem [...] eu acho que a teoria, eu acho que é isso [...] (Entrevista 1)

Olha, no CD eu senti um pouco mais de facilidade porque no terceiro período eu fiz cuidado domiciliar [...] então, eu cuidei dela [paciente] um ano, algumas coisas eu já sabia, como se comportar, o que observar [...] (Entrevista 3)

#### 4.4 AMPLIANDO OS CONHECIMENTOS RELACIONADOS AO CUIDADO DOMICILIAR

As subcategorias que compõem a categoria “Ampliando os conhecimentos relacionados ao Cuidado Domiciliar” estão explicitadas no Diagrama 5.

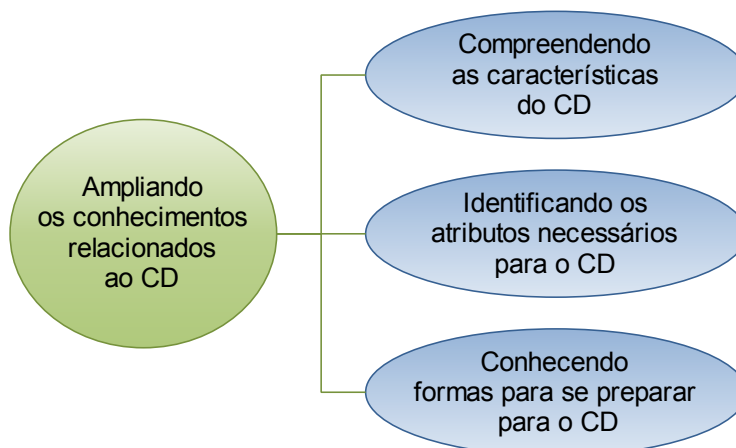


DIAGRAMA 5 - CATEGORIA “AMPLIANDO OS CONHECIMENTOS RELACIONADOS AO CUIDADO DOMICILIAR” COM SUAS SUBCATEGORIAS  
FONTE: A autora (2011)

##### 4.4.1 Compreendendo as características do Cuidado Domiciliar

O cuidado domiciliar é entendido como diferente do cuidado hospitalar, no entanto, para que essa diferença sejam percebida, são necessárias a vivência em CD e a teorização a respeito de tal diferença, pois os acadêmicos estão mais habituados com o ambiente hospitalar. É essa utilização de conhecimentos aliados à prática exercida pelo profissional, que se transformam diariamente, permeados pela reflexão e pela ação, que culminam com a práxis da Enfermagem no CD. A

consolidação do CD no sistema brasileiro de saúde atrelada à formação específica contribuirá para que essa práxis seja aprimorada.

[...] eu acho que vivenciar essa prática do cuidado domiciliar e ter uma boa correlação com a teoria é fundamental para gente pensar que o cuidado domiciliar vai ser sempre diferente do cuidado hospitalar [...] (Entrevista 12)

[...] eles [acadêmicos] tinham uma experiência hospitalar muito grande e quando chegavam no cuidado domiciliar, aí chegava o último dia e eles falavam: - não imaginava que era assim, imaginava outra coisa, porque eles não têm noção, porque não foi abordado na graduação. (Entrevista 12)

O domicílio é o espaço privado e íntimo de cada indivíduo, é o local onde as pessoas vivem, onde estabelecem relações interpessoais com outros moradores desse mesmo domicílio, sejam familiares ou não, é o ambiente em que a pessoa se sente acolhida e que está inserido em um contexto.

Domicílio é um espaço onde as pessoas vivem, onde elas têm sua privacidade, onde elas interagem com seus membros, é o espaço íntimo de cada um [...] (Entrevista 1)

O domicílio para mim é um ambiente que a pessoa vive, incluindo a casa, quem cerca, a vizinhança, a rede social que essa pessoa tem [...] (Entrevista 7)

[...] como é importante você perceber essas singularidades, porque cada domicílio é um, cada experiência que você vive ali dentro é tão específica, ela tem tanto a ver com aquelas pessoas, com aquele contexto, e isso tem que ser prestado atenção, um dos aspectos mais significativos é isso, porque se eu entro em um lugar que é privado do outro e que tem a sua própria realidade, suas relações, suas experiências, seus valores, e eu não considerar isso, qualquer cuidado que eu realizar ali não vai ter o mínimo significado [...] (Entrevista 11)

Portanto, o CD é desenvolvido no ambiente do paciente, local em que há uma inversão de papéis, pois as regras são ditadas pelo próprio paciente ou familiares. Cada domicílio tem suas singularidades que traduzem a forma como aquela família vive, seus hábitos, suas crenças e valores e que precisam ser compreendidos e respeitados no momento do cuidado.

O cuidado domiciliar é bem diferente, muda a posição, porque no hospital é você quem dita as regras, na casa é o dono quem dita, então eu acho que essa é a maior dificuldade que o profissional de saúde tem, porque os papéis invertem, os valores invertem e você saber o seu lugar, saber até onde você pode ir, o que você deve falar, o que você deve fazer, é muito difícil, é muito difícil, muito mais difícil do que você trabalhar num hospital [...] (Entrevista 1)

Primeiro é a questão da abordagem no domicílio, tem que trabalhar outra habilidade, outros domínios que é você sair de uma instituição, de uma unidade de saúde, onde você tem uma relação de poder tua sobre o usuário, para o domicílio, que é a casa do sujeito, onde eu chego e eu sou o outro, então eu acho que existe uma inversão (Entrevista 13)

Para o CD ser desenvolvido, é preciso considerar o contexto em que está inserido, pois muitos pacientes não têm condições financeiras para desenvolver o cuidado, sendo necessário o auxílio da unidade de saúde e por vezes de redes sociais de apoio. Logo, observar o contexto é importante, pois permite entender os determinantes envolvidos naquela realidade e assim planejar ações adequadas à situação encontrada.

[...] se você está na casa do paciente, você vê se ele tem condições financeiras [...] na residência você vai ver que ele não tem condições, às vezes, de comprar [colchão], pode ser que você precise de auxílio das redes de apoio para conseguir esse colchão ou pedir na unidade de saúde, com certeza é muito mais rico você ver o local onde ele está, as condições dele [...] (Entrevista 3)

Ao desenvolver algum cuidado domiciliar, a gente procura compreender como que esse sujeito, essa família vive esse processo, ou agravo, alguma situação que seja indesejada, como que ela enfrenta essa situação e busca entender como isso foi desenvolvido [...] (Entrevista 9)

[...] não adianta falar coisas que jamais estarão na realidade dele [...] você ser uma enfermeira e não perceber os determinantes daquele cuidado não é cuidado. (Entrevista 11)

O contato com o paciente no domicílio permite maior proximidade, conhecer o paciente e suas relações, entender como a família se organiza, estabelecer vínculos e assim desenvolver um cuidado integral e humanizado ao paciente e seus familiares. O CD permite ir além das informações trazidas pelo paciente no consultório, hospital ou unidade de saúde.

Primeiro que você tem um contato mais íntimo com o paciente, mais diário, é mais íntimo mesmo [...] ali no domicílio você já conhece o paciente, conhece as relações, com quem ele se dá bem, com que ele não se dá bem, quem influencia no cuidado [...] porque no domicílio o cuidado é mais integral [...] no cuidado domiciliar você está constantemente com o paciente [...] você cria até laços com aquele paciente [...] (Entrevista 6)

Ele [cuidado domiciliar] permite ir além do que ficar no imaginário do consultório, porque no consultório eu trabalho exatamente o que o sujeito me dá [...] (Entrevista 13)

No entanto, em diversas ocasiões, os recursos materiais e as condições estruturais são adversos, o que exige adaptação dos profissionais que desenvolvem o CD, pois não dispõem da infraestrutura e dos recursos humanos disponíveis no ambiente hospitalar. Há que se considerar também que em muitas ocasiões o sistema de referência e contrarreferência é falho, o que inviabiliza a continuidade das ações.

[...] no domicílio você sempre tem que ser criativo, adaptando o que você faz no hospital você adapta para aquele domicílio [...] (Entrevista 2)

[...] no domicílio você está longe de toda a infraestrutura que o hospital te oferece, longe dos outros profissionais que podem te auxiliar se necessário [...] (Entrevista 8)

[...] a gente discutiu um pouco sobre isso: o sistema de referência e contrarreferência, ele tem uma extensão, esse cuidado tem uma extensão [...] infelizmente é uma coisa que não acontece mesmo, pelo menos onde a gente estava [...] é uma coisa que a gente ouve na faculdade, mas é uma coisa que eu não vi na prática, infelizmente, é uma pena, o cuidado parece que é seccionado. (Entrevista 4)

Ademais, o acadêmico de enfermagem, ao iniciar suas atividades no domicílio, começa a perceber que o profissional que atua no CD deve se adaptar aos horários de cada paciente. Cada ser humano é singular e tem suas preferências para horário de banho e horário de despertar que precisam ser respeitados. Diante disso, os enfermeiros que atuam no CD precisam ser sensíveis para perceber as rotinas de cada domicílio e desenvolver habilidade de negociação.

[...] você faz o banho de acordo com o paciente, se ele diz que não está se sentindo bem naquela hora você espera mais um pouco, às vezes o paciente demora um pouco mais para acordar, então você sabe que aquele paciente tem uma necessidade de dormir [...] (Entrevista 6)

[...] no domicílio, ele [enfermeiro] tem uma autonomia sobre o próprio trabalho, ele não decide o que o paciente vai fazer, mas ele decide o que ele mesmo vai fazer, como ele vai atuar, e numa instituição hospitalar isso é muito mais raro [...] (Entrevista 7)

No CD, observar as influências externas de parentes, amigos ou vizinhos que podem interferir positiva ou negativamente na evolução dos cuidados e no processo de adoecimento do paciente contribui para o desenvolvimento do cuidado. A observação da comunidade em que o domicílio está inserido, da vizinhança, das redes de apoio disponíveis, da proximidade com a unidade de saúde, são aspectos

que fazem muita diferença para que o CD seja realizado de forma efetiva e assim atenda às necessidades do paciente e sua família.

[...] chegando no domicílio, nem tudo é como a gente orientou e também não é feito da forma que a gente orientou [...] esse paciente, esse cuidador sofre influências externas. Então, às vezes, eu orientei que não pode colocar açúcar na ferida e o vizinho vem e fala que pode porque a mãe dele fez isso a vida inteira e coloca, então as diversas influências que ele sofre, que vão modificar e interferir nas orientações que eu dei [...] (Entrevista 5)

#### 4.4.2 Identificando os atributos necessários para o Cuidado Domiciliar

Muitos conhecimentos e características pessoais necessárias aos profissionais que atuam no domicílio foram elencadas pelos acadêmicos como fundamentais para que o cuidado seja efetivo.

O CD não acontece se o profissional não tem conhecimento científico para saber solucionar as situações apresentadas. É preciso ter conhecimento sobre o processo de adoecimento do paciente para poder orientar e esclarecer dúvidas. É necessário saber realizar procedimentos, porque a destreza manual no CD é fundamental, pois muitas vezes o profissional está sozinho no domicílio e terá que resolver a demanda advinda do paciente e seus familiares.

[...] e ter conhecimento [...] das redes de apoio, de como observar, do que observar, muita leitura, se tiver dúvida ir atrás [...] ter conhecimento científico da Enfermagem [...] tem que ter habilidade para conversar também, relacionamento interpessoal [...] (Entrevista 3)

Comunicação, simpatia, destreza manual também, conhecimento científico [...] (Entrevista 8)

Para o paciente confiar no profissional e permitir que o cuidado seja realizado, o enfermeiro precisa demonstrar empatia, carisma e saber se comunicar para assim se aproximar e estabelecer vínculos que facilitarão o desenvolvimento das ações.

A paciência é fundamental para os enfermeiros que atuam no CD, pois o andamento das atividades varia de acordo com a disposição do paciente, por exemplo, horário em que acorda, horário das refeições, quanto tempo deseja permanecer no banho, assim o enfermeiro precisa desenvolver a habilidade de negociação para que as situações agradem a ambos.

Saber observar é indicado ao atuar no CD, pois apenas estar no domicílio não garante um cuidado efetivo e eficaz. É preciso observar as relações e o contexto para assim atuar de acordo com a realidade.

Ser ético é agir profissionalmente de acordo com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem em qualquer ambiente de trabalho, no entanto, o domicílio proporciona ao enfermeiro o conhecimento de particularidades que não foram a ele relatadas, mas sim percebidas, sendo imprescindível agir eticamente diante das situações presenciadas no CD.

Eu acho que a pessoa tem que ter uma empatia, saber o que é empatia, ter muito carisma, tem que ter muita paciência [...] (Entrevista 1)

[...] as questões éticas que envolvem isso [cuidado domiciliar], você saber se portar respeitando que não é o teu ambiente ali [domicílio] [...] (Entrevista 2)

[...] quando não se tem recursos, o profissional tem que tentar driblar isso usando a criatividade, se adequando, fazendo o possível para que você obtenha o mesmo resultado [...] usando a criatividade, se não dá de um jeito, tenta fazer de outra forma [...] (Entrevista 5)

[...] você tem que tentar manter um relacionamento bom com o cliente, saber conversar, saber explicar, saber orientar [...] saber improvisar, ter criatividade [...] (Entrevista 8)

#### 4.4.3 Conhecendo formas para se preparar para o Cuidado Domiciliar

Para adquirir todos esses atributos, essenciais aos enfermeiros que desenvolvem ou pretendem desenvolver o CD, os entrevistados, referem que é necessário estudar, por meio de referenciais teóricos, artigos, estudos de caso, pós-graduações e cursos de atualizações específicos na área. O conhecimento científico permite maior tranquilidade e confiança no desenvolvimento do CD.

A prática, aprimorada ao longo do tempo, e a troca de experiências com profissionais que já atuaram ou atuam no CD também permitem o preparo nessa área.

A minha solução [...] seria o referencial teórico, estudaria bastante e ia aprendendo com a prática, aprendendo com os erros e com os acertos do dia-a-dia [...] (Entrevista 2)

Eu acho que só com estudo e com a prática [...] mas para você ir um pouco mais confiante, você tem que ter o conhecimento, então ler bastante, saber



o que você vai fazer quando chegar lá para não chegar perdido, saber pelo menos um pouco da história da vida daquela pessoa. (Entrevista 3)

Estudar bastante, ler vários artigos [...] procurar um estudo de caso, conversar com alguém que já tenha experiência, que é bem importante [...] sempre estar trocando [experiência]. A pessoa te dizer olha você pode fazer assim, você pode fazer diferente [...] fazer até uma pós antes de trabalhar [...] um curso de atualização [...] (Entrevista 8)

#### 4.5 PROPONDO ESTRATÉGIAS PARA APRIMORAMENTO DO PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM DO CUIDADO DOMICILIAR

As subcategorias que compõem a categoria “Propondo estratégias para aprimoramento do processo ensino-aprendizagem do Cuidado Domiciliar” estão explicitadas no Diagrama 6.

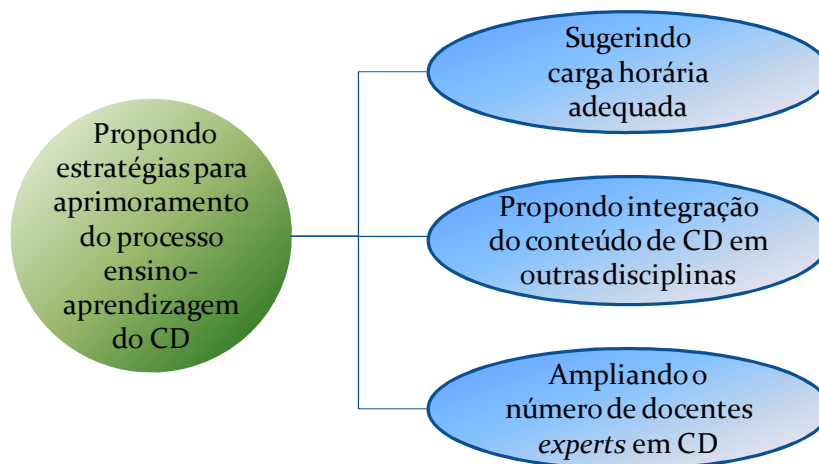


DIAGRAMA 6 - CATEGORIA “PROPONDO ESTRATÉGIAS PARA APRIMORAMENTO DO PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM DO CUIDADO DOMICILIAR” COM SUAS SUBCATEGORIAS  
FONTE: A autora (2011)

##### 4.5.1 Sugerindo carga horária adequada

Para que o processo de ensino-aprendizagem do CD se concretize, é importante que durante a graduação exista uma carga horária específica destinada a essa área, por se tratar de um campo de atuação em expansão e que merece profissionais capacitados atuando. Os acadêmicos precisam estar cientes que, após atendimento em ambiente hospitalar, ambulatorial ou em unidade de saúde, o

paciente e seus familiares retornarão ao domicílio e darão prosseguimento aos cuidados nesse ambiente.

Olha, eu particularmente acho muito bom que tenha [carga horária específica para o ensino do cuidado domiciliar], eu acho válido, porque é um campo que está se abrindo, os próprios planos de saúde têm estimulado o cuidado no domicílio, os hospitais públicos, com tanta demanda de gente, dão alta ao paciente, e o cuidador, simplesmente, recebe aquele paciente e não tem um ponto de referência, e o enfermeiro na sua unidade ou como trabalhador particular tem que ter o conhecimento do cuidado domiciliar e todas as suas formas, em todas as suas nuances. (Entrevista 6)

Acho que tem que ter [carga horária específica para ensino do cuidado domiciliar]. Porque hoje em dia a chance de você ir para uma unidade de saúde, e você ter que trabalhar com cuidado domiciliar, é muito grande, então imagina, se você nunca teve isso no seu currículo, para você de repente ter que ir lá e assumir esse paciente, voltado para PSF, ter que ir lá na casa, fazer um diagnóstico, fazer um plano de cuidado com esse paciente [...] (Entrevista 8)

Além da carga horária específica, sugere-se uma quantia de hora/aula adequada para o desenvolvimento de habilidades específicas, pois todos os acadêmicos que tiveram carga horária de 40 horas/aula em CD sugeriram maior carga horária. Aqueles que tiveram carga horária de 70 horas/aula não fizeram menção ao aumento da carga horária, mas sugeriram que todos os acadêmicos da turma tivessem a oportunidade de participar das atividades práticas relacionadas ao CD.

[...] foram poucas horas, foram poucas visitas, eu acho que teria que ter uma carga horária bem maior, duas, três vezes maior, para eu poder dizer que eu estou segura para ir no domicílio sozinha e realizar o CD. (Entrevista 1)

[...] eu acho que se fosse um pouquinho mais [carga horária], seria mais produtivo, teria um pouco mais de conhecimento, a discussão seria melhor, então eu acho que deveria ter mais. (Entrevista 3)

Eu acredito que a disciplina deveria ser para todos [...] eu acredito que deveria ser uma oportunidade para todos, para que a partir da disciplina, eles possam: ah! Eu quero área hospitalar, ah! Eu quero unidade básica. Eu acho que o primeiro passo seria a disciplina para todos. (Entrevista 10)

#### 4.5.2 Propondo integração do conteúdo de Cuidado Domiciliar em outras disciplinas

Previamente ao nono período da graduação, os acadêmicos têm a oportunidade de realizar visitas domiciliares em outras disciplinas, todavia sem o preparo conceitual adequado. Assim, os entrevistados sugerem que no quinto período da graduação, na disciplina de Saúde Coletiva, as questões conceituais do CD sejam trabalhadas.

Outra sugestão é que a área de fundamentos prepare os acadêmicos para a abordagem no domicílio, assim como os prepara para realização do exame físico e, a partir disso, as demais áreas deveriam complementar com as suas especificidades.

Defende-se a inserção dos conteúdos pertinentes ao CD, previamente ao nono período da graduação, pois como existe a possibilidade dos acadêmicos realizarem visitas domiciliares no início do curso, é preciso que compreendam as questões específicas do domicílio, do contexto domiciliar, do cuidador e das relações familiares, aspectos que não são observados durante as atividades desenvolvidas no ambiente hospitalar.

Não é uma questão de dar mais horas ou menos horas para o cuidado domiciliar, seria mais interessante que tivesse mais integração porque, por exemplo, eles podiam estar trabalhando cuidado domiciliar já quando vai para Saúde Coletiva, quando está trabalhando nas unidades básicas junto com outros conteúdos, porque, por exemplo, a questão da saúde da mulher, da saúde da criança podia estar trabalhando no domicílio, mas com a questão conceitual de cuidar no domicílio, e não, simplesmente, vai lá e faz uma visita, reproduzindo o que o sistema está fazendo [...] (Entrevista 11)

[...] fundamentos poderia trabalhar [...] se fundamentos faz a estrutura todas as outras disciplinas podem trabalhar o cuidado domiciliar também. (Entrevista 13)

#### 4.5.3 Ampliando o número de docentes *experts* em Cuidado Domiciliar

Além da carga horária específica para o ensino do CD, é essencial um docente *expert*, experiente na área, que perceba as nuances do CD e seja capaz de instigar e sensibilizar os acadêmicos para a atuação no domicílio.

O docente com experiência em CD, que domine o conteúdo, que tenha muitos exemplos para ilustrar as aulas, bem como leve em consideração os conhecimentos prévios dos acadêmicos acerca do tema, provoca maior interesse nos estudantes e proporciona melhor aprendizado, além de amenizar a ansiedade deles nos momentos prévios ao início do estágio.

Quando o docente conduz projetos de iniciação científica que abordam o CD, ele contribui para o desenvolvimento científico da área ao investigar diversas perspectivas, bem como favorece o aprendizado dos acadêmicos bolsistas que se inserem em tais projetos, que, ao colaborarem em pesquisas, aprimoram seus conhecimentos referentes às questões conceituais do CD e às metodológicas utilizadas nas pesquisas. Projetos de extensão em CD permitem ao acadêmico sair dos limites da sala de aula e se deparar com a realidade dos pacientes e, assim, ter um diferencial nessa área.

Assim, sugere-se a ampliação de docentes *experts* em CD, pois a experiência traz contribuições riquíssimas para o aprendizado dos acadêmicos.

[...] eu acho que ela [docente *expert*] tem bastante domínio do assunto, então quando a aula é dada por ela é diferente de quando é dado por outro professor [...] (Entrevista 3)

[...] eu vou trabalhando muitos exemplos de vida, ou de turmas anteriores, da minha vivência pessoal, você vai fazendo isso para exemplificar e deixar bem mais concreto, caso contrário, fica muito abstrato você ficar falando só conceito, é um caso que é concreto, vivência de realidade da prática, tudo que a gente já viveu, são tantos anos que acaba que você tem exemplos das mais variadas situações, dos mais variados aspectos, às vezes são aspectos éticos, aspectos de relacionamento, às vezes são aspectos técnicos, você tem uma variedade de coisas que pode trazer para o aluno. (Entrevista 11)

#### 4.6 COMPREENDENDO O CUIDADO DOMICILIAR NO SISTEMA DE SAÚDE

As subcategorias que compõem a categoria “Compreendendo o Cuidado Domiciliar no sistema de saúde” estão explicitadas no Diagrama 7.

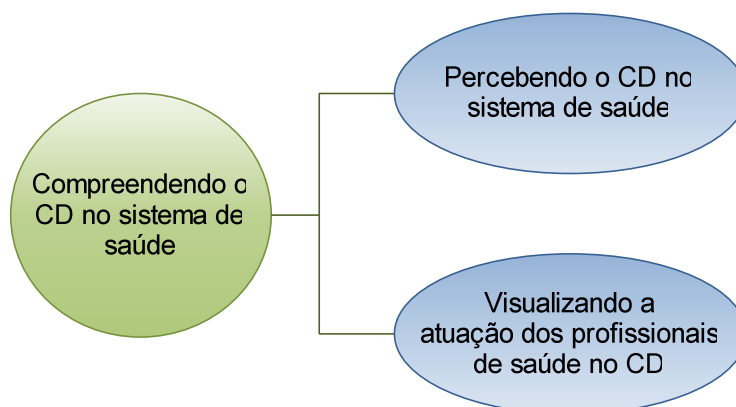


DIAGRAMA 7 - CATEGORIA “COMPREENDENDO O CUIDADO DOMICILIAR NO SISTEMA DE SAÚDE” COM SUAS SUBCATEGORIAS  
 FONTE: A autora (2011)

#### 4.6.1 Percebendo o Cuidado Domiciliar no sistema de saúde

Nas unidades de saúde, sejam elas básicas ou ESF, há demanda de pacientes que necessitam de cuidados no domicílio. Essa é uma realidade no sistema de saúde brasileiro, pois são constatados aumento da longevidade de pacientes portadores de doenças crônicas e de portadores de sequelas decorrentes de doenças ou acidentes, crescente redução de leitos nas instituições hospitalares, bem como das ações voltadas para promoção da saúde de todos os membros da família preconizadas pela ESF.

O número de pacientes que necessitam de CD aumenta anualmente e a estrutura e os profissionais que atuam no SUS não estão preparados para realizar esse tipo de cuidado, fatos que podem comprometer as experiências de ensino-aprendizagem no CD.

[...] e aí está a questão do contexto também, como que as circunstâncias, como que a estrutura é organizada para que as experiências de ensino-aprendizagem ocorram [...] a estrutura é um sistema como um todo, tem toda a questão formal, tem toda a questão curricular vinculada à formação [...] o sistema tem que estar preparado para receber o aluno [...] essa estrutura não é bem organizada, mesmo porque não tem uma organização no sistema, no município, para atendimento domiciliar. (Entrevista 11)

As unidades de saúde não disponibilizam meio de transporte para os profissionais realizarem o CD, fato que dificulta os atendimentos, pois muitas

unidades de saúde têm uma área de abrangência extensa, que torna o acesso ao domicílio mais demorado, diminuindo o número de pacientes atendidos durante a jornada de trabalho dos profissionais.

Além das dificuldades de transporte, o sistema de saúde exige de seus profissionais o cumprimento de metas de atendimentos a pacientes inseridos em protocolos e programas que atendem clientela específica, como hipertensos, diabéticos, gestantes, fato que, muitas vezes, obriga a quantidade insuficiente de profissionais da saúde a olhar especificamente para determinadas situações, dificultando a realização e a compreensão, por parte dos profissionais, de todas as nuances do CD.

#### 4.6.2 Visualizando a atuação dos profissionais de saúde no Cuidado Domiciliar

No CD, além dos enfermeiros, a equipe multiprofissional tem papel fundamental, pois possibilita que as necessidades da família sejam atendidas. Constata-se durante o estágio em CD que, quando necessária, é solicitada a atuação de outros profissionais, como médico psiquiatra e psicólogo, porém a atuação multiprofissional não é visualizada pelos acadêmicos, visto que esses profissionais atuam em momentos diferentes.

[...] a gente falou com a enfermeira que tomava conta daquela área, e ela encaminhou a paciente para o psiquiatra. (Entrevista 6)

[...] solicitamos algumas vezes para unidade um psicólogo, que teria que ir até o domicílio, porque existiam alguns conflitos que poderiam culminar com uma situação de violência de repente. Nós ficávamos sabendo que ele tinha ido, mas não no dia que nós estávamos. (Entrevista 10)

Durante o estágio em CD, é possível perceber a atuação, de maneira positiva ou negativa, dos profissionais de saúde nesse processo. O enfermeiro é o profissional da área da saúde que, normalmente, está mais presente nas discussões do grupo, por conhecer a região, ter maior contato com a família e ser o responsável pela continuidade do cuidado, no entanto, quando esse profissional não se insere nas discussões e não auxilia nas atividades, é considerado indiferente pelos acadêmicos.

[...] porque normalmente quando a gente chegava e discutia, a gente discutia entre nós quatro, mas normalmente quando a gente chegava com uma questão, olhe: a cuidadora hoje fez isso, aquilo, aquilo outro, a gente já chamava a enfermeira para conversar com ela sobre o que tinha acontecido e discutir com ela, pois ela tinha mais contato com a cuidadora e para saber o que ela [enfermeira] pensava também [...] (Entrevista 6)

[...] a gente procura trabalhar muito próximo da equipe e principalmente do enfermeiro responsável, porque é o enfermeiro que vai na continuidade discutir com a sua equipe, com os outros setores, uma oportunidade de intervenção, porque a nossa possibilidade de intervenção é bem reduzida em função do tempo que estamos na unidade de saúde. (Entrevista 9)

[...] mas ela [enfermeira] não se propunha a discutir com a gente, ajudar, passar alguma coisa, era muito passiva [...] e como a enfermeira não trocou nada [não participou das discussões], eu não vi, eu não percebi a atuação dela. (Entrevista 7)

A forma como o processo de trabalho é organizado, ao não privilegiar momentos de discussão, entre os diferentes profissionais da equipe de saúde, e ações de cuidado conjuntas, somado a isso o sistema de saúde, que cobra dos profissionais o atendimento a outras demandas que não o cuidado prestado no domicílio, pode influenciar negativamente na realização do CD. Assim, os profissionais precisam estar atentos à importância das atividades multiprofissionais buscando estratégias para que elas de fato ocorram e viabilizem a realização de um CD apropriado.

## 5 INTERPRETANDO A VIVÊNCIA EM CUIDADO DOMICILIAR NA GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

A coleta e análise simultânea dos dados permitiram a identificação e o desenvolvimento das categorias e a interpretação do fenômeno “A vivência em Cuidado Domiciliar na Graduação em Enfermagem”, que tem como categoria central “Vivenciando o Cuidado Domiciliar na Graduação em Enfermagem”.

Esta categoria retrata a ideia central, ela representa a ligação das demais categorias que são elementos essenciais para elucidação do fenômeno estudado.

O fenômeno tem sua **condição causal**, o seu ponto de origem na categoria “Aproximando-se do Cuidado Domiciliar”, formada pelas subcategorias “Obtendo conteúdo de Cuidado Domiciliar na disciplina de Estágio Supervisionado I”, “Relacionando alguns conteúdos de Cuidado Domiciliar em outras disciplinas” e “Trazendo contato prévio com o Cuidado Domiciliar”.

O início da vivência em CD na graduação em Enfermagem pode ocorrer em diferentes momentos, seja na carga horária específica para o ensino do CD, no nono período, ou nas visitas domiciliares realizadas em Saúde da Criança e Saúde Coletiva. É essa aproximação com o CD, ou seja, a condição causal, que permite a vivência em CD ser possível, isto é, que o fenômeno se desenvolva.

A subcategoria “Trazendo contato prévio com o Cuidado Domiciliar” pode existir independentemente das outras duas, quando algum familiar recebe cuidados no domicílio ou quando o acadêmico tem a oportunidade de realizar estágios extracurriculares nessa área, e assim contribuir para a aproximação com o CD. Contudo, ela não é suficiente para essa vivência ocorrer na graduação, pois somente alguns acadêmicos terão a oportunidade de vivenciá-la, além de não ocorrer de forma sistematizada numa relação de ensino-aprendizagem.

Portanto, as outras duas subcategorias “Obtendo conteúdo de Cuidado Domiciliar na disciplina de Estágio Supervisionado I” e “Relacionando alguns conteúdos de Cuidado Domiciliar em outras disciplinas” são imprescindíveis, pois caso não existisse a carga horária específica de CD ou a inclusão de visitas domiciliares em outras disciplinas, essa vivência não aconteceria.

Essas três subcategorias unidas representam os fatos que explicam por que o fenômeno ocorre, assim, a vivência em CD na graduação em Enfermagem ocorre



porque existe a aproximação com essa área de atuação, são elas que desencadeiam a vivência do fenômeno.

Para que essa aproximação com o CD se viabilize, são utilizadas **estratégias** explicitadas na categoria “Desenvolvendo o processo ensino-aprendizagem do Cuidado Domiciliar”, que é formada pelas subcategorias “Tendo aulas teóricas de Cuidado Domiciliar” e “Realizando estágio em Cuidado Domiciliar”.

As aulas teóricas e o estágio permitem uma aproximação com o CD, visto que temas relevantes da área são discutidos e há a realização do cuidado em diferentes domicílios, possibilitando visualizar a realidade de ambientes de cuidado distintos do ambiente hospitalar.

Entretanto, a maneira como essas estratégias são adotadas repercutem nessa aproximação, pois se utilizadas de forma problematizadora, com exemplos anteriores, e ao se trabalhar com a realidade em que estão inseridos, possibilitam a compreensão do CD, no entanto, se forem utilizadas sem focar as particularidades do CD, trarão poucas contribuições.

A união das duas subcategorias que formam a categoria “Desenvolvendo o processo ensino-aprendizagem do Cuidado Domiciliar” é uma estratégia que explicita como o fenômeno se desenvolve, que cria as possibilidades de desenvolvimento do fenômeno, portanto, essas subcategorias são fundamentais para a viabilização da vivência em CD.

A junção de aulas teóricas e estágios permite a discentes e docentes a compreensão ampliada do CD, que não existiria se cada uma dessas estratégias fosse utilizada isoladamente.

Ao utilizar as estratégias para o ensino do Cuidado Domiciliar, existem diversas **condições intervenientes** que estão representadas na categoria “Deparando-se com nuances do Cuidado Domiciliar” e pelas suas subcategorias “Experenciando sentimentos ao realizar o Cuidado Domiciliar”, “Vivenciando situações diversas no domicílio”, “Encontrando dificuldades ao atuar no domicílio” e “Encontrando facilidades ao atuar no domicílio”.

As condições intervenientes representadas pelas dificuldades, facilidades, sentimentos e situações encontradas durante a realização do CD permitem avanços, estagnação ou superação no processo ensino-aprendizagem, assim é preciso estar atento a cada uma delas com intuito de minimizá-las ou maximizá-las de acordo com cada acontecimento. Essas condições interferem nas consequências da vivência em

CD e na forma como as estratégias e a condição causal serão organizadas para que o fenômeno realmente aconteça.

Assim, as condições intervenientes interferem, também, no desenvolvimento do fenômeno, pois sentimentos negativos ao realizar o CD podem bloquear o desenvolvimento do cuidado, portanto, é necessário potencializar os sentimentos positivos de interesse, satisfação e novidade para que o cuidado realizado no domicílio seja uma atividade prazerosa e que traga bons resultados ao paciente e à família.

Ocorrem, ainda, dificuldades ao realizar o CD, pois o cuidado é prestado em um ambiente diferenciado, cada domicílio tem uma estrutura única que exige adaptações, no entanto, as dificuldades não podem se tornar empecilhos para efetivação do CD, assim explorar as facilidades de ter conhecimento científico e saber se comunicar facilita a realização das adaptações e dos cuidados necessários.

Ademais, outras situações encontradas no domicílio podem permitir avanços ou estagnação no processo ensino-aprendizagem do CD, pois em cada residência são encontradas singularidades que permitem o desenvolvimento de determinadas habilidades, porém não serão encontradas todas as situações possíveis. Assim, cuidar em vários domicílios amplia as oportunidades de ensino-aprendizagem.

Desta maneira, as condições intervenientes interferem nas consequências do fenômeno e devem ser trabalhadas para que o processo ensino-aprendizagem ocorra e, assim, os discentes e docentes vivenciem o CD na graduação de Enfermagem. As condições intervenientes, a condição causal e as estratégias são influenciadas e influenciam umas às outras de forma a amenizar ou exacerbar as consequências.

O fenômeno “A Vivência em CD na graduação em Enfermagem” ocorre em um **contexto** propício para o seu desenvolvimento, representado pela categoria “Compreendendo o Cuidado Domiciliar no sistema de saúde”, formada pelas subcategorias “Percebendo o Cuidado Domiciliar no sistema de saúde” e “Visualizando a atuação dos profissionais de saúde no Cuidado Domiciliar”.

O CD é uma área de atuação presente no sistema brasileiro de saúde, diante disso tem-se buscado regulamentar essa forma de cuidado, pois em muitos locais não há estrutura adequada para seu desenvolvimento e diversos profissionais não têm clareza de suas atribuições.

É nesse contexto, de incertezas dos profissionais e de tentativas de solucionar adversidades vindas da falta de estrutura, que os acadêmicos vivenciam o CD na graduação. Entretanto, a experiência de realizar o CD é riquíssima, ainda que existam dificuldades.

Esse contexto influencia e é influenciado por todas as categorias e subcategorias que compõe o fenômeno, porque nele estão inseridas as políticas existentes no sistema de saúde e são elas que preveem a maneira como o CD será realizado, os recursos humanos e materiais que serão disponibilizados, a capacitação dos profissionais envolvidos, fatores que trazem consequências para o processo ensino-aprendizagem do CD.

O contexto é também influenciado pelos acadêmicos que estão sendo formados, pois serão os futuros gestores do sistema de saúde e profissionais que atuarão no CD, e eles terão parcela de responsabilidade por avanços ou limitações nesse contexto e no processo ensino-aprendizagem do CD.

Diante das condições causais, interventoras, contextuais e estratégias adotadas, têm-se os resultados de vivenciar o Cuidado Domiciliar na graduação em Enfermagem.

A categoria “Ampliando os conhecimentos relacionados ao Cuidado Domiciliar”, formada pelas subcategorias “Compreendendo as características do Cuidado Domiciliar”, “Identificando os atributos necessários para o Cuidado Domiciliar” e “Conhecendo formas para se preparar para o Cuidado Domiciliar” representa uma das **consequências** dos acadêmicos vivenciarem o CD na graduação.

A aproximação com o CD repercute positivamente na formação dos acadêmicos. É possível constatar uma ampliação de conhecimentos. Os estudantes são capazes de identificar e compreender as diferenças em realizar o cuidado em instituições hospitalares e no domicílio e assim atuar de maneira adequada em cada ambiente de cuidado.

Ademais, ao identificarem os atributos necessários para realizar o CD, conseguem perceber as maneiras que possibilitam o preparo para essa área de atuação para que, enquanto profissionais, possam ser um diferencial no mercado de trabalho.

A segunda categoria que compõe as consequências é “Propondo estratégias para aprimoramento do processo ensino-aprendizagem do Cuidado Domiciliar”,

formada pelas subcategorias “Sugerindo carga horária adequada”, “Propondo integração do conteúdo de Cuidado Domiciliar em outras disciplinas” e “Ampliando o número de docentes *experts* em Cuidado Domiciliar”.

A partir da ampliação do conhecimento, é possível propor estratégias para o aprimoramento do processo ensino-aprendizagem do CD. A carga horária adequada foi uma sugestão, afinal, compreender as complexidades e particularidades do domicílio e criar vínculos com o paciente, cuidador e família, demanda tempo.

A possibilidade de inserir o conteúdo de CD em outras disciplinas também foi sugerida, assim a aproximação com os domicílios poderia ocorrer desde os períodos iniciais da graduação. Ampliar o número de docentes experientes em CD contribui na formação acadêmica, pois a bagagem de conhecimentos pode ser compartilhada e enriquece os momentos de ensino-aprendizagem.

Constata-se, portanto, que as consequências podem influenciar a causa, as estratégias, as condições intervenientes e o contexto. O fenômeno com as suas relações está explicitado no Diagrama 8.

## VIVENCIANDO O CUIDADO DOMICILIAR NA GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

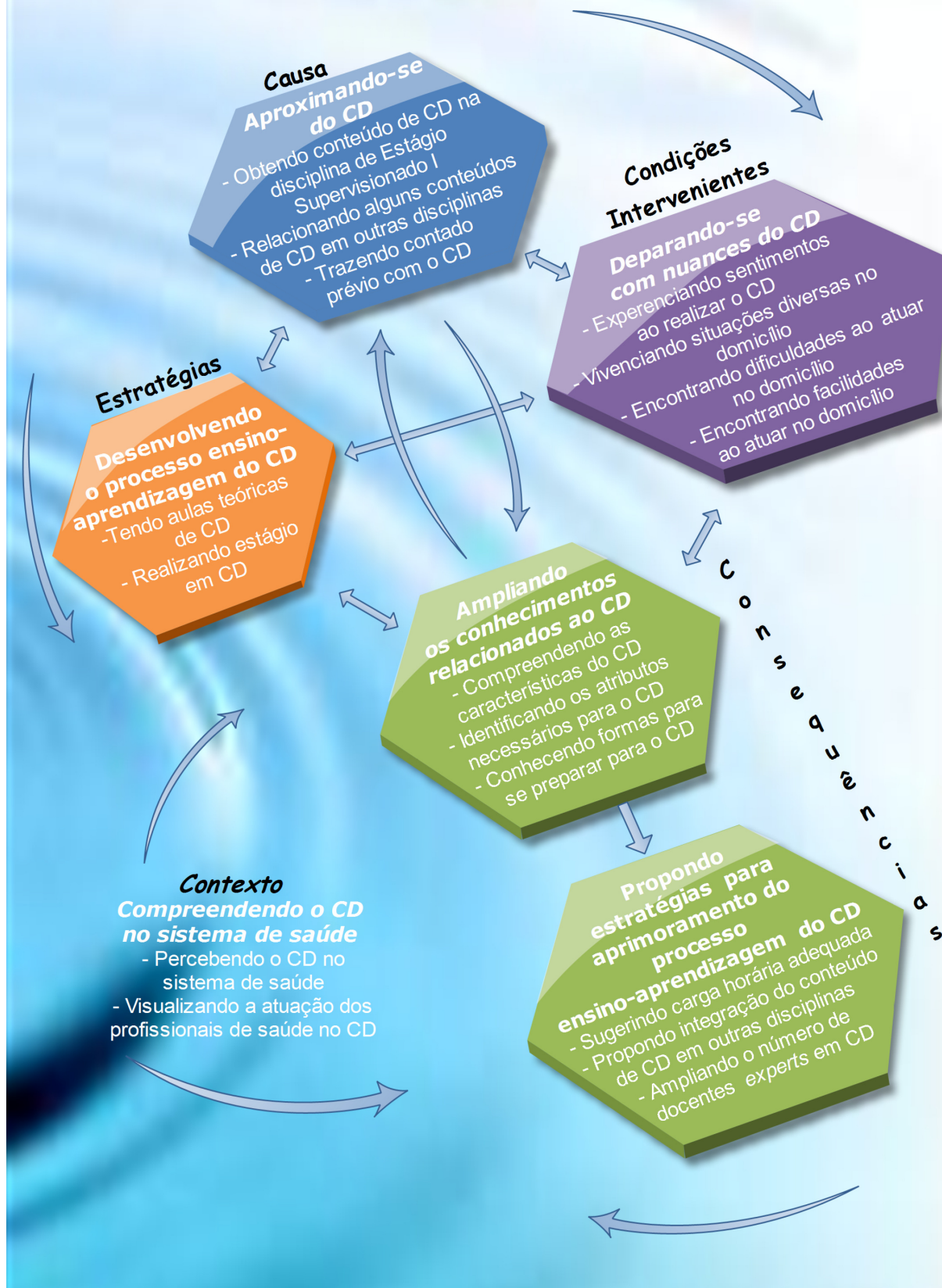


DIAGRAMA 8 – VIVENCIANDO O CUIDADO DOMICILIAR NA GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
FONTE: A autora (2011)

## 6 DISCUTINDO COM AUTORES

Conforme preconizado pelos autores da TFD, a última etapa desta pesquisa é a discussão com os autores com intuito de identificar nos dados encontrados pontos convergentes e divergentes da literatura existente, possibilitando o agregar do conhecimento construído com o já existente.

A categoria “Aproximando-se do Cuidado Domiciliar” demonstra que a vivência em CD na graduação em Enfermagem ocorre pela aproximação com a área, seja por meio de uma carga horária específica para o CD ou pela inserção do conteúdo em outras disciplinas. Em pesquisa realizada por Camargo (2007), constatou-se que de seis cursos de graduação em Enfermagem investigados, apenas um deles dispunha de carga horária específica para o ensino do CD, enquanto os demais inseriam esse conteúdo em outras disciplinas, sendo a mais citada a Saúde Coletiva. Verificou-se, também, que todos os acadêmicos referiram ter realizado ao menos uma visita domiciliar durante a graduação.

Na Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (EEUFBA), é oferecida, pelo Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica e Administração em Enfermagem, a disciplina optativa Tópicos teóricos e práticos da atenção domiciliar, que tem como ementa estudar a dinâmica da atenção domiciliar ao longo do desenvolvimento humano, abordando a atuação multidisciplinar na internação e assistência domiciliar. Semestralmente, em média, dez acadêmicos cursam essa disciplina (EEUFBA, 2010).

Além das experiências que ocorrem na graduação em Enfermagem, a aproximação com o CD pode ocorrer por meio de pós-graduações na área, sendo um exemplo a pós-graduação em *home care* que ocorre anualmente na Universidade Federal Fluminense (UFF) (UFF, 2010).

Para que essa aproximação com o CD possa ocorrer, na categoria “Propondo estratégias para aprimoramento do processo ensino-aprendizagem do CD” sugere-se a ampliação do número de docentes *experts* em CD. Assim, além das iniciativas institucionais de implementação de disciplinas, cargas horárias e pós-graduações em CD, são necessários docentes preparados para atuar nessa área, pois os docentes do novo século devem ser capazes de “despertar a curiosidade, desenvolver a autonomia, estimular o rigor intelectual e criar as condições

necessárias para o sucesso da educação formal e da educação permanente” (DELORS, 2003, p. 152).

Destarte, para que o processo ensino-aprendizagem do CD seja significativo, o docente precisa despertar para as mudanças que ocorrem no período da pós-modernidade de forma a ensinar o cuidado condizente com tais alterações (MARTINS *et al.*, 2005).

Na categoria “Desenvolvendo o processo ensino-aprendizagem do Cuidado Domiciliar”, percebe-se que as aulas teóricas e o estágio em CD são estratégias que tornam a formação nessa área factível. Para a concretização desse processo, o docente, ao ministrar aulas sobre o CD, deve abordar conceitos como “cuidado de Enfermagem, família, domicílio, cuidador, competência, postura, habilidades, padrões de conhecimento, entre outros” (MARTINS *et al.*, 2005, p. 85).

Nesse sentido, Persegona *et al.* (2007) compreendem que o domicílio é um importante ambiente de aprendizagem e buscam, durante estágios em CD, apresentar aos acadêmicos maneiras de realizar o cuidado ao paciente, bem como aos familiares e cuidadores, e ao receberem cada grupo de acadêmicos tentam inseri-los ao contexto em que estão trabalhando alertando-os de que embora existam adversidades em relação às condições sociais, ambientais e do quadro clínico do paciente e familiares, o CD deve ser um momento terapêutico.

Ao ocorrer a aproximação com o CD, evidencia-se a categoria “Deparando-se com nuances do Cuidado Domiciliar”, nela é possível identificar peculiaridades de cada domicílio. Percebe-se que a doença de um indivíduo interfere na vida dos demais familiares e que ao mesmo tempo essa família tem papel fundamental no cuidado ao paciente (THUMÉ *et al.*, 2003). É possível notar que o comprometimento da família no cuidado ao paciente e cuidador fortalece as relações familiares, permite menor desgaste físico e mental do cuidador, bem como favorece o processo de reabilitação do paciente (HERMANN; LACERDA, 2007).

Por vezes, ao chegar ao domicílio é preciso adaptar o plano de cuidados previamente estabelecido, pois além das necessidades biológicas, o paciente pode apresentar necessidades emocionais, por estar triste, desmotivado, fragilizado. Destarte, o enfermeiro precisa ouvir atentamente as angústias e sofrimentos do paciente para tentar detectar suas preocupações e assim cuidar dele de acordo com suas reais necessidades (PERSEGONA *et al.*, 2007).

Durante o estágio em CD, essas nuances podem ou não ser percebidas pelos acadêmicos, pois há entre eles diferenças quanto à postura que adotam e quanto à iniciativa diante das situações encontradas. Alguns prontamente organizam o material necessário, fazem o cuidado, demonstram seus préstimos ao paciente, cuidador e familiares e destacam pontos a serem discutidos, no entanto, outros acadêmicos têm maiores dificuldades para visualizar esses aspectos e acabam por aguardar as orientações dos docentes (PERSEGONA *et al.*, 2007). Ao relacionar a fala dessas autoras às subcategorias da categoria “Ampliando os conhecimentos relacionados ao Cuidado Domiciliar”, constata-se que elas ocorrem em maior ou menor intensidade dependendo da predisposição e interesse de cada acadêmico.

São necessários, portanto, alguns atributos aos que pretendem desenvolver o CD, por ser uma área em expansão e que exige enfermeiros capazes de compreender suas especificidades. Assim, o enfermeiro que atuar nessa área terá que desenvolver competências ampliadas, por estar inserido no contexto do paciente e de sua família (PUSCHEL; IDE; CHAVES, 2005).

Na subcategoria “Identificando os atributos necessários para o Cuidado Domiciliar”, são apontados alguns dos diversos atributos necessários para quem realiza o CD. As competências do enfermeiro que atua no CD estão relacionadas à articulação de conhecimentos, habilidades e atitudes tanto na esfera expressiva quanto na instrumental (CATAFESTA, 2008).

O conhecimento científico construído por meio da formação acadêmica e a prática profissional alicerçada pelas experiências hospitalares e as vividas em outras situações de CD, embasam a prática no domicílio e assim permitem que o enfermeiro seja capaz de atender às necessidades do paciente e sua família no contexto em que estão inseridos (LACERDA, 2000).

Entre as habilidades esperadas dos enfermeiros que atuam no domicílio, encontra-se a criação de vínculos com o paciente e a família, pois é por meio desses vínculos que o enfermeiro adentra os domicílios e desenvolve o cuidado. Para que o vínculo permaneça, é preciso respeitar crenças e valores culturais e desenvolver estratégias para que o CD se efetive (CATAFESTA, 2008).

Outras habilidades necessárias são a flexibilidade para se adaptar às situações encontradas; a boa comunicação para manter um adequado e efetivo relacionamento interpessoal no domicílio; saber ouvir e aceitar o que é colocado pela família; observar o contexto domiciliar, as relações familiares, condições



econômicas, entre outros, que permitem compreender aspectos que possam interferir no processo saúde-doença; saber improvisar, pois o domicílio não oferece recursos iguais ao ambiente hospitalar; e ter destreza manual, pois muitas vezes não terá auxílio de outros profissionais (CATAFESTA, 2008).

As atitudes necessárias ao enfermeiro que realiza o CD estão relacionadas à sensibilidade para não julgar as pessoas em seu próprio domicílio; à educação e respeito pelo paciente e seus familiares; à disponibilidade de resolver as situações apresentadas independentemente do tempo que será necessário para solucioná-las; e à humildade para reconhecer suas próprias limitações e solicitar ajuda quando necessário (LACERDA, 2000).

Ainda que conhecimentos instrumentais e expressivos devam estar aliados na realização do CD, nota-se que os acadêmicos, ao realizar estágio em CD, preocupam-se em demasia com a dimensão instrumental do cuidado, em detrimento da dimensão expressiva, que é um importante fator para realização de um cuidado único e humanizado no domicílio, e que deve ser despertado pelos docentes (PERSEGONA *et al.*, 2007).

Todos esses atributos são necessários, pois o CD tem suas especificidades que começam a ser compreendidas quando os acadêmicos têm aulas teóricas e estágio na área, como demonstrado na subcategoria “Compreendendo as características do Cuidado Domiciliar”. A partir disso, passam a perceber que o domicílio é um ambiente de cuidado de domínio do paciente, nele ocorrem as relações familiares, de conflito ou alegria, e seus moradores revelam o estilo de vida adotado. Assim, ao realizar o CD, é necessário ponderar “as especificidades individuais e familiares, como sentimentos, crenças, valores, hábitos, mitos, existência ou não de conflito, bem como considerar o fato de um acompanhamento mais próximo da família” (MARTINS *et al.*, 2005, p. 87).

Outra especificidade do CD é a necessidade de um cuidador que acompanhe o paciente sob cuidado. Esse cuidador que pode ser um familiar, um vizinho, um amigo voluntário ou uma pessoa contratada terá a responsabilidade de realizar os cuidados de que o paciente necessitar, assumindo, portanto, responsabilidades que no ambiente hospitalar seriam da equipe de saúde (FEUERWERKER; MERHY, 2008).

Ao transferir essas responsabilidades para a família, os profissionais deverão ensinar o cuidador a realizar os procedimentos que forem necessários, no entanto,

cuidador e família, ao assumir o cuidado, têm certa liberdade para executar as atividades, na medida em que têm suas opiniões, seus hábitos e valores acrescentados à sua prática (FEUERWERKER; MERHY, 2008).

A tarefa de ensinar os familiares a cuidar do paciente é essencial para que o CD se concretize, todavia o enfermeiro deverá respeitar as capacidades de compreensão e a ação desses cuidadores (LACERDA, 2010). Ademais, o domicílio pode ou não ser adequado para a realização do cuidado, o que exige adaptações daqueles que irão realizá-lo (MARTINS *et al.*, 2005).

Os acadêmicos, ao se preparem para atuar no CD, devem estar cientes de que as transformações na organização da atenção à saúde são necessárias para a consolidação das políticas do SUS, principalmente pela necessidade de diversificar tecnologias em saúde, articular práticas de diversos profissionais e utilizar de modo mais eficiente os escassos recursos (FEUERWERKER; MERHY, 2008).

Diante das transformações ocorridas no sistema de saúde, existe a possibilidade de inserção de programas de CD que agem como mais um elemento para a consolidação das políticas do SUS ao se depararem com as necessidades de saúde da população, modalidade esta que traz vantagens a pacientes, familiares, trabalhadores e gestores do sistema de saúde (KERBER; KIRCHHOF; CESAR-VAZ, 2010). Deste modo, a categoria “Compreendendo o Cuidado Domiciliar no sistema de saúde” e suas subcategorias retratam questões fundamentais da inserção do CD no sistema de saúde.

Embora, desde 1994, com a Lei nº. 8.842, de 04 de janeiro (BRASIL, 1994), exista o incentivo ao CD aos idosos, foi apenas na última década que o Estado despertou para as questões regulamentares do CD, a citar: a Lei nº. 10.424, de 15 de abril de 2002, que dispõe sobre a Assistência Domiciliar no SUS, em complemento à Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 2002); a Resolução de Diretoria Colegiada nº. 11, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, de 26 de janeiro de 2006, que dispõe sobre o regulamento técnico de funcionamento de serviços que prestam atenção domiciliar (BRASIL, 2006a); a Portaria nº. 2.529, de 19 de outubro de 2006, do Ministério da Saúde, que estabelece a internação domiciliar no SUS (BRASIL, 2006b), entre outras. As legislações existentes contribuem para a visualização da subcategoria “Percebendo o Cuidado Domiciliar no sistema de saúde”.

A partir dessas regulamentações, o Estado despontou para responsabilidades que são de sua competência, de forma a não sobrecarregar a família e perceber que o paciente é afetado pelas esferas sociais e políticas, às quais o Estado está diretamente relacionado (MARTINS; LACERDA, 2008). Desta forma foram criados programas de CD desenvolvidos em âmbito nacional, atrelados a hospitais ou a secretarias de saúde, com o objetivo de evitar ou diminuir a internação hospitalar, bem como incentivar a ampliação da autonomia de pacientes e familiares.

Em pesquisa realizada por Feuerwerker e Merhy (2008), foram avaliadas sete iniciativas de atenção domiciliar, localizadas nas regiões Nordeste, Sudeste e Sul, desenvolvidas por gestão federal (1)<sup>8</sup>, estadual (1), municipal (4) e filantrópica (1).

Entre os serviços prestados por essas iniciativas estão: cuidados paliativos para pacientes terminais que optam por passar os últimos dias de vida no domicílio; CD a pacientes com Síndrome da Imunodeficiência Adquirida em que as ações são tentativas para ampliação da perspectiva de vida; acompanhamento do desenvolvimento de bebês prematuros que normalmente estão em processo de ganho de peso; acompanhamento de acamados crônicos com intuito de ampliar a autonomia do paciente ou a construção da autonomia do cuidador em relação à equipe de saúde; antibioticoterapia endovenosa para completar tratamento de infecções agudas; e atenção domiciliar produzida por equipes de saúde da família que, embora se dediquem, enfrentam dificuldades técnicas, escassez de materiais e falta de tempo (FEUERWERKER; MERHY, 2008).

As equipes da ESF, ainda que, com algumas limitações, podem utilizar alguns instrumentos que permitem conhecer melhor o paciente, sua família e as relações sociais em que estão inseridos e assim ampliar o foco do cuidado na busca da integralidade da assistência. O genograma, o ecomapa e a rede social são instrumentos que possibilitam essa aproximação e enriquecem o processo ensino-aprendizagem, pois permitem que os acadêmicos ampliem seu olhar ao visualizar particularidades, direcionando-os para uma assistência de acordo com a realidade dos indivíduos (THUMÉ *et al.*, 2003).

Além dos instrumentos citados, outras estratégias para operacionalização de avanços na prática do CD, desenvolvido pelas equipes da ESF, foram apontadas em estudo de Lacerda *et al.* (2010), entre elas: elaboração de critérios para inclusão,

---

<sup>8</sup> O número entre parênteses refere-se à quantidade de iniciativas desenvolvidas por cada esfera de governo.

exclusão e alta de usuários, para o direcionamento das visitas domiciliares e para elegibilidade do profissional; estabelecimento de vínculo entre profissional e comunidade atendida; atualização sobre as políticas públicas de saúde; busca do entendimento de conceito e objetivos do cuidado domiciliar; reunião multiprofissional; e discussão de casos pelos profissionais após a visita domiciliar.

A realidade encontrada, muitas vezes, é de carência. Há falta de comida, roupa e materiais de limpeza, e os profissionais se mobilizam para ajudar as famílias, por meio da articulação com assistentes sociais, com redes sociais de apoio ou até mesmo na organização de bazares na comunidade. A aproximação que existe no CD auxilia a ampliação da responsabilização dos profissionais em relação ao paciente e seus familiares (FEUERWERKER; MERHY, 2008).

Percebe-se que o CD é uma maneira de proporcionar acesso ao sistema de saúde por pacientes sem condições de receber cuidados em outros ambientes, mas, em estudo realizado por Kerber, Kirchhof e Cesar-Vaz (2010), as singularidades deste ambiente de cuidado não são valorizadas, pois os profissionais investigados realizam o CD de forma semelhante ao cuidado prestado na unidade de saúde. As ações, por vezes, não consideram o contexto do domicílio e permanecem voltadas para a parte orgânica do paciente, sem focar a família, a qual pode ter integrantes que necessitam de cuidados. Atividades de promoção da saúde, prevenção de doença e ações educativas são pouco visualizadas.

Em geral, os serviços que prestam CD estão organizados para cumprir metas, seus profissionais se concentram na quantidade das ações e não em sua qualidade, levando em consideração o quantitativo de visitas e/ou atendimentos domiciliares realizados, sem de fato, verificar a pertinência do CD realizado ao paciente e seus familiares (LACERDA, 2010).

Para que os profissionais do CD tenham uma atuação diferenciada do modelo clínico a que estão habituados, são necessárias iniciativas diferenciadas. Nesse sentido, Puschel e Ide (2007, p. 92) sugerem, no CD, a adoção da abordagem psicossocial que

possibilita ampliar o olhar sobre a dinâmica do indivíduo e da família, utilizando-se da relação empática e da construção de vínculos, como condição para a participação conjunta (profissionais, pessoa doente e família) na escolha dos problemas a serem trabalhados para a melhor recuperação possível e, desta forma, poder responder mais adequadamente às demandas advindas de um atendimento domiciliar.

A abordagem psicossocial, ao considerar o paciente em sua multidimensionalidade (PUSCHEL; IDE; CHAVES, 2005), torna-se uma possibilidade na formação dos profissionais, que ao adotar esse modelo de atenção poderão desenvolver ações mais resolutivas e com maior contentamento dos envolvidos (PUSCHEL; IDE, 2007).

O conhecimento de si pelo profissional de saúde também pode possibilitar uma atuação diferenciada, pois ao identificar suas facilidades, dificuldades ou limitações no CD, o profissional deve encontrar maneiras de potencializar os aspectos positivos e aprimorar os negativos como forma de aperfeiçoar sua prática profissional (LACERDA *et al.*, 2010).

A preocupação com a formação para o CD é incipiente, as IES raramente abordam em seus currículos o CD e suas particularidades, o que se reflete na prática por profissionais pouco preparados para trabalhar com famílias em seu domicílio. O despreparo aliado à falta de aptidão do profissional para atuar nessa área culminam com uma assistência inadequada (LACERDA, 2010).

A maior parte dos currículos das escolas da área da saúde se mostra inadequado diante do modelo de atenção à saúde vigente no país. Desde a década de 80, verifica-se uma formação inadequada dos profissionais de saúde para o SUS, porém não existiam políticas de formação de recursos humanos em saúde adequadas em termos qualitativos e quantitativos (ALMEIDA; FERRAZ, 2008).

Assim, com intuito de “mobilizar atores nacionais e internacionais do setor de saúde, de outros setores relevantes e da sociedade civil para construir coletivamente políticas e intervenções para o desenvolvimento dos recursos humanos em saúde”, foi instituída a *Década de Recursos Humanos em Saúde* (2006-15), durante a VII Reunião Regional dos Observatórios de Recursos Humanos em Saúde, “realizada em Toronto, Canadá, de 4 a 7 de outubro de 2005, promovida pela Organização Pan-Americana de Saúde, em conjunto com o Ministério de Saúde do Canadá e Ministério de Saúde e Cuidados Prolongados da Província de Ontário” (BRASIL, 2006c, p. 03).

Os participantes da reunião destacaram o mérito desta iniciativa ao reconhecer que a base do sistema de saúde está nos recursos humanos e que o trabalho dos seus profissionais é primordial para a qualidade de saúde e de vida da população. Espera-se, portanto, que ao final de 2015 os países da América tenham

“avançado significativamente em seus objetivos de saúde através do desenvolvimento de seus recursos humanos” (BRASIL, 2006c, p. 6).

Igualmente preocupados com os recursos humanos em Enfermagem, o Cofen e a ABEn elaboraram uma agenda propositiva para defesa da qualidade da formação dos profissionais de Enfermagem, apresentada no 12º. Senaden, em 2010. Entre as propostas estão: ampliar estratégias de fortalecimento da qualidade da formação dos profissionais de Enfermagem nas instituições de ensino com base nas DCNs, SUS e necessidades sociais; manter e ampliar a agenda permanente de articulação com a SESu, Secretaria de Educação a Distância, Secretaria de Educação Profissional e Tecnologia, Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq); e conduzir pesquisas para avaliar o impacto da qualidade da formação dos profissionais de Enfermagem em âmbito nacional (ABEn, 2011).

Além de investimentos na formação para o CD, podem ser pensadas estratégias de incorporação dessa temática em atividades de educação permanente aos profissionais que atuam no CD, pois a educação dos trabalhadores é entendida como aprendizagem trabalho, isto é, considerar que as necessidades de formação e desenvolvimento dos profissionais sejam direcionadas pelas necessidades de saúde da população, conforme preconizado Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2009).

Embora existam essas iniciativas, as mudanças para o aprimoramento dos recursos humanos em saúde ainda estão acontecendo. Ocorre que neste momento, em muitas instituições formadoras, não há carga horária específica para o ensino do CD, ou essa área não é privilegiada em outras disciplinas. Assim, cabe aos acadêmicos seguir as recomendações da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco) sobre a educação para o século XXI no que concerne aos quatro pilares da educação.

Um dos pilares refere-se a *aprender a conhecer* ou *aprender a aprender* e destaca que o conhecimento é múltiplo e evolui infinitamente. A aprendizagem não é algo finito, ela pode ser enriquecida com experiências, inclusive, as advindas do mundo do trabalho (DELORS, 2003). Logo, é pertinente aos acadêmicos, durante a graduação ou depois de formados, buscar desenvolver e aprimorar seus conhecimentos pertinentes ao CD, pois é uma área de atuação que está presente e regulamentada. Cabe também aos profissionais que não tiveram oportunidade de

vivenciar o CD durante sua formação solicitar sua inserção em ações de educação permanente que possibilitem a aproximação teórica e prática com essa área do cuidado.

É notório, portanto, que o CD é uma realidade no sistema de saúde, que tem suas peculiaridades e que necessita de profissionais capacitados na sua gestão e execução. Pesquisas sobre a formação nessa área são incipientes, o que impediu que algumas subcategorias fossem discutidas com autores, demonstrando, novamente a importância em pesquisar a formação para o CD.

## **7 PROPONDO ESTRATÉGIAS PARA APRIMORAMENTO DOS CONTEÚDOS E PRÁTICAS DE CUIDADO DOMICILIAR MINISTRADOS NO CURSO DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ**

As DCNs impõem desafios aos cursos de graduação em Enfermagem ao recomendar a formação profissional voltada para diferentes cenários da prática profissional. Nesse sentido, o curso de Enfermagem da UFPR tem proporcionado a alguns de seus acadêmicos a oportunidade de vivenciar o CD na graduação, no entanto, para aprimorar essa vivência e atender ao terceiro objetivo proposto, sugerem-se algumas estratégias.

Além da carga horária específica para o ensino do CD, pode existir maior integração dos conteúdos em outras disciplinas. As áreas de saúde mental, da mulher, do adulto, da criança, ética, entre outras, podem acrescentar em seus conteúdos como é o CD nessas áreas. A transversalidade de assuntos enriquece o processo ensino-aprendizagem e desperta nos discentes e docentes o desejo de estudar e atuar em diferentes áreas.

Ressalta-se a necessidade de serem discutidas questões conceituais relacionadas ao CD que são incompreendidas por muitos profissionais e comprometem a prática profissional. A discussão e a compreensão dessas questões possibilitam maior articulação entre a teoria e a prática e adequação do cuidado prestado.

Sugere-se que todos os acadêmicos desfrutem dos momentos de formação em CD, tanto em aulas teóricas como em estágio, entretanto, para que essa possibilidade se concretize, é necessária a ampliação de docentes *experts* no CD, e para que isso ocorra podem ser formados grupos de estudo que visem à capacitação desses docentes para o desenvolvimento da *expertise* no CD.

A criação, por parte dos docentes, de projetos de Iniciação Científica e Extensão proporciona maior aproximação dos acadêmicos com a realidade em CD. É possível investigar novas nuances ou aprimorar questões já pesquisadas e assim trazer contribuições para a área.

Criar grupos de pesquisa que trabalhem com o CD ou inserir discussões referentes a essa área nos grupos já existentes permite troca de experiências, formação de novas parcerias e enriquecimento das discussões.



Realizar parcerias com unidades de saúde de distritos sanitários diferentes possibilita campos de estágio, com realidades geográficas, econômicas e sociais distintas além de ser possível realizar trabalhos conjuntos que tragam benefícios para a academia, para os profissionais e principalmente para a assistência prestada ao paciente.

Parcerias com empresas privadas de *home care* possibilitam novos campos de estágio e a compreensão de diferentes formas de organização dos serviços. Os acadêmicos, além de prestar assistência direta ao paciente no domicílio, podem aprender atividades referentes à supervisão, gerenciamento de recursos humanos, levantamento de custos e participação em reuniões administrativas.

A apresentação desta pesquisa no Colegiado do Curso de Graduação em Enfermagem da instituição em estudo permitirá o conhecimento dos demais docentes da vivência em CD na graduação e poderá sensibilizá-los para a importância de se trabalhar com o cuidado que é realizado no domicílio durante a graduação.

As estratégias propostas visam a contribuir para a vivência em CD na graduação em Enfermagem a fim de que os acadêmicos se sintam estimulados a atuar no domicílio e o façam de forma qualificada ou, no mínimo, estejam sensibilizados diante da possibilidade de inúmeros pacientes que, após receberem alta hospitalar ou após um atendimento em uma unidade de saúde ou nos Centros Municipais de Urgências Médicas, retornam para seus domicílios e continuam a receber cuidados.

Além das propostas para o aprimoramento dos conteúdos e práticas no CD concernentes à instituição formadora em questão, sugere-se a discussão em fóruns, seminários e congressos nacionais de formação em Enfermagem, para que exista uma troca de experiências e conhecimentos que possibilitem o desenvolvimento da formação em CD.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O CD está inserido no sistema de saúde e ao longo dos últimos anos vem sendo regulamentado pelo Estado e conselhos de classe dos profissionais que atuam nessa área. O enfermeiro ocupa lugar de destaque no CD por intermediar as relações com os demais profissionais da equipe de saúde.

O enfermeiro, ao realizar o CD, deve respeitar as singularidades de cada domicílio, no entanto, para que isso ocorra é necessária uma formação que possibilite ao profissional visualizar e compreender as bases do CD: paciente, cuidador, família, contexto domiciliar e as relações envolvidas.

Nesse sentido, a questão que norteou este estudo foi: Como o cuidado domiciliar à saúde é vivenciado pelos discentes e docentes da graduação em Enfermagem? Para responder a essa indagação, foi necessário construir um modelo teórico capaz de explicitar como esse fenômeno ocorre.

Construir um modelo teórico é uma tarefa fascinante e desafiadora, possível de ser realizada mediante muita dedicação. Para a construção do modelo teórico proposto foi utilizada a TFD, por ser um método de pesquisa que permite a construção de uma teoria, sendo indicada para investigar situações pouco exploradas, justamente por se fundamentar nos dados que emergem dos sujeitos que vivenciam o fenômeno.

Pesquisas que enfoquem o ensino do CD na graduação em Enfermagem ainda são incipientes, o que confirma a necessidade de estudar o assunto, portanto foi adequado escolher a TFD como método, pois permitiu fazer compreensões acerca deste tema que merece discussões mais aprofundadas ao se mostrar como uma área singular de atuação.

Com a TFD foi possível interpretar o fenômeno estudado, por ser um método flexível, que permite a inserção de novos grupos amostrais e novos questionamentos durante a coleta e análise dos dados, levando o pesquisador à elucidação do seu problema de pesquisa. Essa flexibilidade foi uma facilidade porque, ao não entender colocações postas pelos sujeitos, pude fazer novas perguntas que me auxiliaram a interpretar como a vivência em CD na graduação ocorria, bem como inserir mais sujeitos na tentativa de obter novos dados ou verificar que as categorias existentes já estavam bem fundamentadas.

Interpretar as relações entre as categorias que emergiam foi um trabalho árduo, que demandou muitas horas de leitura e estudo dos códigos elaborados, na tentativa de visualizar como o fenômeno ocorria. Pode-se dizer que essa foi a etapa mais difícil da pesquisa, pois exigiu uma imersão profunda nos dados, sem inferir julgamentos, mas interpretar e entender como as relações se estabeleciam.

Ao alcançar os objetivos propostos, pude compreender que, a partir da aproximação com essa área de atuação por meio de carga horária específica ou inserida em outras disciplinas, o acadêmico amplia seus conhecimentos referentes ao CD, compreende as bases que o compõem, se sensibiliza da existência desta especialidade e da possibilidade de inserção no mercado de trabalho na área.

Fica claro, portanto, que o CD deve fazer parte da graduação em Enfermagem, área que representa um vasto campo de atuação e em processo de expansão, mas que exige profissionais capacitados para desempenhá-lo.

Assim, esta pesquisa contribuiu para a prática profissional do enfermeiro ao explicitar que para atuar no CD são necessárias competências diferenciadas. É preciso sensibilizar-se para essa área e assim atuar de forma qualificada para que a prática exercida pelos profissionais nos ambientes de estágio interfira positivamente na formação dos acadêmicos.

Percebeu-se que as ações multiprofissionais não foram visualizadas pelos acadêmicos, pois em nenhum momento estiveram no domicílio ou na unidade de saúde com outros profissionais, entretanto, a prática profissional de Enfermagem no CD não se desenvolve de maneira isolada. O enfermeiro é um dos profissionais que atuam na equipe multiprofissional de saúde, portanto, reforça-se a necessidade de cooperação e ações articuladas entre esses profissionais. A reciprocidade nas relações entre os diferentes profissionais de saúde possibilita maior resolutividade nas ações e permite aos acadêmicos visualizar uma atuação em saúde diferenciada.

Foi possível identificar que as políticas públicas não são operacionalizadas de forma a valorizar o CD. O sistema de referência e contrarreferência é falho, em diversas ocasiões os profissionais das unidades de saúde desconhecem que pacientes da sua área de abrangência foram hospitalizados e que após alta hospitalar necessitam de cuidados no domicílio. E por que isso ocorre?

Uma das respostas pode estar relacionada ao fato de que as atividades realizadas no interior dos domicílios são invisíveis aos olhos de grande parte da população, diferentemente de outros programas com maior número de pacientes

cadastrados que recebem cuidados institucionais, gerando maior visibilidade das ações. Tal situação pode contribuir para o desinteresse dos profissionais em relação ao CD, culminando com ações descompromissadas refletindo de forma negativa no modelo de profissional esperado e preconizado pelas instituições formadoras.

Tem-se também o desconhecimento de grande parte da população em relação à existência, operacionalização e regulamentação do CD no sistema de saúde, o que pode contribuir para que sua efetivação não seja cobrada pelos pacientes. Assim, cabe à enfermeira advogar em prol do paciente, alertando-o do seu direito de receber o CD quando necessário.

As implicações deste estudo para a formação em Enfermagem estão relacionadas à demonstração de que a inserção de conteúdos referentes ao CD é premente no ensino de graduação, na medida em que são indispensáveis adaptações para que o cuidado prestado esteja em consonância com as necessidades de saúde da população.

Além disso, foi possível indicar estratégias para o aprimoramento do processo ensino-aprendizagem em CD, entre elas: integração dos conteúdos de CD em outras disciplinas, além da carga horária específica existente; discussões das questões conceituais concernentes ao CD; possibilidade de todos os acadêmicos desfrutarem dos momentos de formação em CD, mediante ampliação do número de docentes *experts* na área; criação de projetos de Iniciação Científica e Extensão; estabelecimento de parcerias entre a academia e unidades de saúde e empresas privadas de *home care*; a apresentação desta pesquisa no Colegiado do Curso de Graduação em Enfermagem da instituição estudada e da discussão desta pesquisa em fóruns, seminários e congressos nacionais de formação em Enfermagem.

Ademais, esta pesquisa amplia o arcabouço de conhecimentos produzidos por meio da TFD, fato que sedimenta e aprimora cada vez mais o uso do método.

Revela-se a necessidade de novas pesquisas relacionadas à formação para o CD, a citar: investigar como ocorre a vivência em CD nos demais cursos do Setor de Ciências da Saúde da UFPR (Farmácia, Medicina, Nutrição, Odontologia e Terapia Ocupacional), relacionando com os resultados obtidos nesta pesquisa, com a finalidade de constatar como outros profissionais da equipe de saúde estão sendo formados; investigar como ocorre a vivência em CD em outros cursos de graduação em Enfermagem e/ou cursos da área da saúde no Estado do Paraná, com o intuito

de verificar como ocorre a formação desses profissionais e identificar estratégias utilizadas por outras escolas.

Este estudo possibilita um direcionamento às IES que pretendem inserir o CD em seus currículos ao compartilhar a vivência em CD na graduação em Enfermagem da UFPR e demonstrar suas potencialidades e fragilidades, entretanto, devem ser consideradas as limitações existentes na vivência citada e a realidade de cada instituição com o intuito de aperfeiçoar novas iniciativas, o que demonstra a necessidade de constantes pesquisas na área.

## REFERÊNCIAS

ABEn. Associação Brasileira de Enfermagem. **Movimento em defesa da qualidade da formação dos profissionais da enfermagem. Agenda propositiva elaborada pelo COFEN e ABEn.** Disponível em: < <http://www.abennacional.org.br/index.php?path=306>>. Acesso em: 18/01/2011.

ALLAN, G. **A critique of using Grounded Theory as a research method.** 2003. Disponível em: <[www.ejbrm.com/issue/download.html?idIssue=16](http://www.ejbrm.com/issue/download.html?idIssue=16)>. Acesso em: 13/11/2008.

ALMEIDA, L. P. V. G. de; FERRAZ, C. A. Políticas de formação de recursos humanos em saúde e enfermagem. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 61, n. 1, p. 31-35, jan./fev. 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n1/05.pdf>>. Acesso em: 10/11/2010.

ANGERAMI, E. L. S.; STEAGALL-GOMES, D. L. Análise da formação do enfermeiro para a assistência de enfermagem no domicílio. **Rev Latino-Am Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 2, p. 5-22, jul. 1996. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v4n2/v4n2a02.pdf>>. Acesso em: 13/11/2008.

BACKES, V. M. S.; NIETSCHE, E. A. O processo ensinar e aprender e seus reflexos na saúde e enfermagem. In: NIETSCHE, E. A. (Org.). **O processo educativo na formação e na práxis dos profissionais da saúde: desafios, compromissos e utopias.** Santa Maria: UFSM, 2009. p. 123-142.

BIANCHI, E. M. P. G.; IKEDA, A. A. **Analizando a grounded theory em administração.** [S.l.] [19--]. Disponível em: < [http://www.ead.fea.usp.br/semead/9semead/resultado\\_semead/trabalhosPDF/62.pdf](http://www.ead.fea.usp.br/semead/9semead/resultado_semead/trabalhosPDF/62.pdf)>. Acesso em: 01/11/2009.

BJORNSDOTTIR, K. The ethics and politics of home care. **International Journal of Nursing Studies**, v. 46, n. 5, p. 732-739, 2009.

BORIS, E.; KLEIN, J. Organizing home care: low-waged workers in the welfare state. **Politics & Society**, v. 34, n. 1, p. 81-107, 2006.

BRASIL. Lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 05 jan. 1994. Disponível em: <

<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1994/8842.htm>>. Acesso em: 10/01/2011.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES n. 3, de 07 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 09 nov. 2001. Disponível em: <<http://www.ufv.br/seg/diretrizes/efg.pdf>>. Acesso em 13/06/2009.

BRASIL. Lei n. 10.424, de 15 de abril de 2002. Acrescenta capítulo e artigo à Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 abr. 2002. Disponível em: <<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2002/10424.htm>>. Acesso em: 25/06/2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC n. 11, de 26 de janeiro de 2006a. Dispõe sobre o regulamento técnico de funcionamento de serviços que prestam atenção domiciliar. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 30 jan. 2006. Disponível em: <[http://www.saude.sp.gov.br/resources/profissional/aceso\\_rapido/gtae/saude\\_pessoa\\_idosa/rdc\\_anvisa.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/profissional/aceso_rapido/gtae/saude_pessoa_idosa/rdc_anvisa.pdf)>. Acesso em: 25/09/2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.529, de 19 de outubro de 2006b. Institui a internação domiciliar no âmbito do SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 out. 2006. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-2529.htm>>. Acesso em: 25/09/2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Reunião regional dos observatórios de recursos humanos em saúde. Chamado a ação de Toronto 2006-2015: rumo a uma década de recursos humanos em saúde nas Américas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BREAKWELL, S. Connecting new nurses and home care. **Home Health Care Management & Practice**, v. 16, n. 2, p. 117-121, 2004.

CAMARGO, T. B. de. **O ensino do cuidado domiciliar nos cursos de graduação em enfermagem do município de Curitiba (PR)**. 71 f. Monografia (Conclusão do curso de graduação em Enfermagem) - Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2007.

CATAFESTA, F. **Desenvolvendo competências para a prática do cuidado domiciliar: experiência da enfermeira**. 118 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2008.

CHARMAZ, K. **A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

CHAVES, M. **O cuidado domiciliar no programa de atenção ao paciente crônico grave no hospital IPSEMG**. 141 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2004.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução Cofen n. 290/2004. Fixa as Especialidades de Enfermagem. 2004.

CRUZ, I. C. F. da; BARROS, S. R. T. P. de; ALVES, P. C. Atendimento domiciliar na ótica do enfermeiro especialista. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 13-16, jan./abr. 2002.

CRUZ, I. C. F. da; BARROS, S. R. T. P. de; FERREIRA, H. C. Enfermagem em home care e sua inserção nos níveis de atenção à saúde: a experiência da Escola da Universidade Federal Fluminense. **Revista Brasileira de Home Care**, 2000. Disponível em: <http://www.google.com.br/search?q=Enfermagem+em+Home+Care+e+sua+inser%C3%A7%C3%A3o+nos+n%C3%ADveis+de+aten%C3%A7%C3%A3o+sa%C3%BAde&ie=utf-8&oe=utf-8&aq=t&rls=org.mozilla:pt-BR:official&client=firefox-a>. Acesso em: 25/09/2009.

DELORS, J. **Educação: um tesouro a descobrir**. 8. ed. São Paulo/Brasília: Cortez/MEC, 2003.



EEUFBA. Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Disponível em: < [http://www.enfermagem.ufba.br/\\_ARQ/ementas\\_disciplinas\\_optativas.pdf](http://www.enfermagem.ufba.br/_ARQ/ementas_disciplinas_optativas.pdf)>. Acesso em: 10/12/2010.

FERNANDES, J. D. A trajetória do ensino de graduação em enfermagem no Brasil. In: TEIXEIRA, E. *et al.* (Orgs.). **O ensino de graduação em enfermagem no Brasil: o ontem, o hoje e o amanhã**. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006. p. 9-21.

FERRAZ, A. F. *et al.* O domicílio como cenário alternativo de apoio ao paciente oncológico. **Rev Min Enferm.**, Belo Horizonte, v. 10, n. 4, p. 440-447, out./dez. 2006. Disponível em: <<http://www.enf.ufmg.br/reme/remev10n4.pdf>>. Acesso em: 05/09/2009.

FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Rev Panam Salud Publica**, v. 24, n. 3, p. 180-188, 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v24n3/a04v24n3.pdf>>. Acesso em: 15/11/2011.

FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2004

GALLEGUILLLOS, T. G. B.; OLIVEIRA, M. A. de C. A gênese e o desenvolvimento histórico do ensino de enfermagem no Brasil. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 80-87, mar. 2001. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v35n1/v35n1a12.pdf>>. Acesso em: 10/10/2009.

GEOVANINI, T. A enfermagem no Brasil. In: GEOVANINI, T. *et al.* **História da enfermagem: versões e interpretações**. 3. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2010. p. 29-73.

HERMANN, A. P.; LACERDA, M. R. Atendimento domiciliar à saúde: um relato de experiência. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 12, n. 4, p. 513-518, out./dez. 2007. Disponível em < <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/10079/6931>>. Acesso em: 19/11/2010.

ITO, E. E. *et al.* O ensino de enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais: utopia x realidade. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 570-575, 2006. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n4/v40n4a16.pdf>>. Acesso em: 23/06/2009.

KERBER, N. P. da C.; KIRCHHOF, A. L. C.; CESAR-VAZ, M. R. Atenção domiciliária e direito à saúde: uma experiência na rede pública brasileira. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 244-250, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/appe/v23n2/15.pdf>>. Acesso em: 19/11/2010.

KIMURA, A. F.; TSUNECHIRO, M. A.; ANGELO, M. Teoria fundamentada nos dados. In: MERIGHI, M. A. B.; PRAÇA, N. de S. **Abordagens teórico-metodológicas qualitativas: a vivência da mulher no período reprodutivo**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 39-45.

LACERDA, M. R. **Tornando-se profissional no contexto domiciliar: vivência do cuidado da enfermeira**. 222 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

LACERDA, M. R.; OLINISKI, S. R. Familiares interagindo com a enfermeira no contexto domiciliar. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 26, n. 1, p. 76-87, abr. 2005. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/4543/2473>>. Acesso em: 22/08/2009.

LACERDA, M. R. *et al.* Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 88-95, maio/ago. 2006.

LACERDA, M. R. *et al.* As categorias da assistência domiciliar e a prática dos profissionais de saúde – pesquisa exploratório-descritiva. **OBJN**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 0, 2007. Disponível em: <<http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/557/127>>. Acesso em: 06/09/2009.

LACERDA, M. R.; PRZENYCZKA, R. A. Exercício (i)legal da enfermagem: a realidade do cuidador informal. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 13, n. 3, p. 343-351, jul./set. 2008. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/12965/8760>>. Acesso em: 19/01/2011.

LACERDA, M. R. **A formação dos profissionais de saúde no cuidado domiciliar a saúde – como esta realidade é vivenciada?** Projeto Pibic 2008-2010 (Iniciação Científica) - Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba.

LACERDA, M. R. Cuidado domiciliar: em busca da autonomia do indivíduo e da família – na perspectiva da área pública. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2621-2626, 2010.

LACERDA, M. R. *et al.* Estratégias para avanços na prática do cuidado domiciliar. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 15, n. 4, p. 609-615, out./dez. 2010. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/20345/13500>>. Acesso em: 18/01/2011.

LEGEWIE, H.; SCHERVIER-LEGEWIE, B. **Anselm Strauss: research is hard work, it's always a bit suffering. Therefore, on the Other Side Research Should be Fun.** Anselm Strauss interviewed by Heiner Legewie and Barbara Schervier-Legewie. Forum: Qualitative Social Research On-line Journal, v. 5, n. 3, 2004. Art. 22. Disponível em: <<http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/issue/view/14>>. Acesso em: 6/11/08.

LEWINTER, M. Developments in home help for elderly people in Denmark: the changing concept of home and institution. **International Journal of Social Welfare**, v.13, n.1, p.89-96, 2004.

LOPES NETO, D. *et al.* Aderência dos cursos de graduação em enfermagem às diretrizes curriculares nacionais. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 60, n. 6, p. 627-634, nov./dez. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n6/02.pdf>>. Acesso em: 25/09/2009.

MACÊDO, M. do C. dos S. *et al.* Cenários de aprendizagem: interseção entre os mundos do trabalho e da formação. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. de. (Orgs.). **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde.** 2. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC - ABRASCO, 2006. p. 229-250.

MAFALDA, I. U.; GIRARDON-PERLINI, N. M. O. A autonomia do enfermeiro de home care na multidimensionalidade do espaço social. **Rev Nursing**, v. 10, n. 111, p. 360-365, 2007.

MARCH, C.; FERNANDEZ, V. S.; PINHEIRO, R. Ampliando saberes e práticas sobre a formação em saúde: processos de inovação e caminhos para a transformação. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. de. (Org.). **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde.** 2. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC - ABRASCO, 2006. p. 179-204.

MARTINS, S. K. *et al.* O enfermeiro docente e o ensino do cuidado domiciliar na graduação. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 10, n. 2, p. 84-89, maio/ago. 2005. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/5011/3788>> Acesso em: 16/05/2009.

MARTINS, S. K.; LACERDA, M. R. O atendimento domiciliar à saúde e as políticas públicas em saúde. **Rev RENE**, Fortaleza, v. 9, n. 2, p.148-156, abr./jun. 2008. Disponível em: <[http://www.revistarene.ufc.br/pdf/9\\_2.pdf](http://www.revistarene.ufc.br/pdf/9_2.pdf)>. Acesso em: 14/09/09.

MCGIHON, N. N. Nursing education in a home health care practicum. **Home Health Care Management & Practice**, v. 15, n. 1, p. 8-12, 2002.

MELLO, R. B. de; CUNHA, C. J. C. de A. Operacionalizando o método da Grounded Theory nas pesquisas em estratégia: técnicas e procedimentos de análise com apoio do software Atlas/TI. [S.l.] [19--]. Disponível em: <<http://www.anpad.org.br/3es/2003/dwn/3es2003-39.pdf>>. Acesso em: 01/11/2009.

MERCÊS, N. N. A. das; MARCELINO, S. R. **Enfermagem oncológica: a representação social do câncer e o cuidado paliativo no domicílio**. Blumenau: Nova Letra, 2004.

MOREIRA, A. A profissionalização da enfermagem. In: OGUISSO, T. (Org.). **Trajetória histórica e legal da enfermagem**. 2. ed. Barueri: Manole, 2007. p. 98-119.

MURASHIMA, S. *et al.* Home care nursing in Japan: a challenge for providing good care at home. **Public Health Nursing**, v. 19, n. 2, p. 94-103, 2002.

NEVES, E. P.; LOPES, G. T. Home care and family health care programs: a reality in the Brazilian health care system. **Home Health Care Management & Practice**, v. 15, n. 5, p. 375-381, 2003.

OGUISSO, T. Florence Nightingale. In: OGUISSO, T. (Org.). **Trajetória histórica e legal da enfermagem**. 2. ed. Barueri: Manole, 2007a. p. 58-97.

OGUISSO, T. Os precursores da enfermagem moderna. In: OGUISSO, T. (Org.). **Trajetória histórica e legal da enfermagem**. 2. ed. Barueri: Manole, 2007b. p. 30-57.

OLIVEIRA, M. C. M. de; VOGT, A. M. C. Saberes e práticas na saúde: a profissionalização no ensino superior. **Revista Iuminart do IFSP**, Sertãozinho, v. 1, n. 2, p. 89-98, ago. 2009. Disponível em: <<http://www.cefetsp.br/edu/sertaozinho/revista/ARTIGOS/volume1numero2artigo11.pdf>>. Acesso em: 30/09/2009.

PERSEGONA, K. R. *et al.* A dimensão expressiva do cuidado em domicílio: um despertar a partir da prática docente. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 12, n. 3, p. 386-391, jul./set. 2007. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/10040/6896>>. Acesso em: 15/08/2009.

PETRINI, M.; POZZEBON, M. Usando *Grounded Theory* na construção de modelos teóricos. **Rev Gestão e Planejamento**, Salvador, v. 10, n. 1, p. 1-18, jan./jun. 2009. Disponível em: <<http://www.revistas.unifacs.br/index.php/rgb/article/viewFile/990/775>>. Acesso em: 15/01/2011.

PETTENGILL, M. A. M.; RIBEIRO, C. A. A teoria fundamentada nos dados. In: MATHEUS, M. C. C.; FUSTINONI, S. M. **Pesquisa qualitativa em enfermagem**. São Paulo: Livraria Médica Paulista, 2006. p. 89-98.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PÜSCHEL, V. A. de A.; IDE, C. A. C.; CHAVES, E. C. Instrumento para abordagem do indivíduo e da família na assistência domiciliar – condições de aplicabilidade. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 203-212, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n2/a14v18n2.pdf>>. Acesso em: 15/04/2009

PÜSCHEL, V. A. de A.; CHAVES, E. C.; IDE, C. A. C. Assistência domiciliar: a mobilização de conceitos de profissionais a partir de uma intervenção pedagógica. **Rev Paul Enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 11-17, 2006. Disponível em: <<http://www.portalbvsnf.eerp.usp.br/pdf/rpe/v25n1/25305.pdf>>. Acesso em: 13/05/2009.

PÜSCHEL, V. A. de A.; IDE, C. A. C. A capacitação de enfermeiros para a assistência domiciliar: uma abordagem psicossocial. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 91-94, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n1/a16v20n1.pdf>>. Acesso em: 15/07/2009.

REINERS, A. A. O. Grounded theory: opção metodológica para a enfermagem. **Rev Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 370-376, dez. 1998.

SANTANA, F. R. *et al.* Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem: uma visão dialética. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 7, n. 3, p. 295-302, 2005. Disponível em: <[http://www.fen.ufg.br/revista/revista7\\_3/original\\_06.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_3/original_06.htm)>. Acesso em: 25/09/2009.

STRAUSS, A. L.; CORBIN, J. **Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques**. California: Sage, 1991.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008

SWEDEN. **Government Offices of Sweden**. 07 de julho de 2009. Disponível em: <<http://www.sweden.gov.se/sb/d/12073/a/129494>>. Acesso em: 10/12/2010.

TEIXEIRA, E. *et al.* Enfermagem. In: HADDAD, A. E. *et al.* (Orgs.). **A trajetória dos cursos de graduação na saúde 1991-2004**. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006. p. 141-168.

THOBABEN, M.; SULLIVAN, A. Transitioning from hospital based nursing practice to home health care practice. **Home Health Care Management & Practice**, v. 17, n. 5, p. 413-415, 2005.

THUMÉ, E. *et al.* Cuidado domiciliar no programa de saúde da família: a utilização de novos instrumentos para subsidiar a prática. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 2, n. 1, p. 75-78, jan./jun. 2003. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5571/3543>> Acesso em: 19/11/2010.

TULL, K. B.; CARROLL, R. M. Advanced practice nursing in home health. **Home Health Care Management & Practice**, v. 16, n. 2, p. 81-88, 2004.

UFF. Universidade Federal Fluminense. Disponível em: <<http://www.proppi.uff.br/cursoslatosensu>>. Acesso em: 10/12/2010.

VALE, E. G.; FERNANDES, J. D. Ensino de graduação em enfermagem: contribuição da Associação Brasileira de Enfermagem. In: TEIXEIRA, E. *et al.* (Org.). **O ensino de graduação em enfermagem no Brasil: o ontem, o hoje e o amanhã**.

Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006. p. 23-39.

WHO. World Health Organization. **Home Care in Europe**. 2008. Disponível em: <[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/96467/E91884.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/96467/E91884.pdf)>. Acesso em: 22/01/2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A .....120

APÊNDICE B .....121



**APÊNDICE A**  
**ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**

- Você tem conteúdo de cuidado domiciliar na graduação? Foram aulas teóricas e práticas? Como foi? Por quanto tempo você teve essas aulas?
- Em que disciplina? Em qual período? Qual a carga horária?
- Você esteve em US? Era PSF?
- Você esteve na casa do paciente? Como foi? O que você fez lá? Quem ia com você?
- Você recebeu orientações do professor ou funcionário antes de ir para o domicílio?
- Teve discussão com algum professor depois da prática?
- O que é o domicílio para você?
- Existe diferença entre o cuidado no domicílio e o cuidado no hospital?
- Em relação ao que você aprendeu, você se sente preparado para se inserir no mercado de trabalho em cuidado domiciliar? Por quê?
- Há algum outro aspecto que não foi abordado e que você gostaria de comentar?

**APÊNDICE B****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

- a) Você, aluno do último ano ou docente de graduação do curso de Enfermagem, está sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada “A formação dos profissionais de saúde no cuidado domiciliar – como esta realidade é vivenciada?” Os objetivos desta pesquisa são: interpretar como o cuidado domiciliar é aprendido/vivenciado/ensinado nas aulas teóricas, práticas, estágios e trabalhos nos cursos de graduação do Setor de Ciências da Saúde da UFPR; elaborar um modelo teórico que descreva essa vivência; e apontar estratégias para a incorporação de conteúdos e práticas sobre o cuidado domiciliar nos referidos cursos.
- b) Caso você participe da pesquisa, será necessário responder a uma entrevista com perguntas relacionadas ao aprendido/vivenciado sobre o cuidado domiciliar, de duração média de 30 minutos.
- c) Esta pesquisa não acarretará malefícios e prejuízos monetários, morais ou à sua saúde e trará o benefício de sua contribuição para elaboração de recomendações e um plano de ação em cuidado domiciliar.
- d) As pesquisadoras Dra. Maria Ribeiro Lacerda, professora adjunta da UFPR, doutora em Enfermagem, cel. 41-9979-0205, e-mail: [lacerda@milenio.com.br](mailto:lacerda@milenio.com.br); e Ana Paula Hermann, mestrande de Enfermagem da UFPR, cel. 41-8855-1616, e-mail: [anaphermann@yahoo.com.br](mailto:anaphermann@yahoo.com.br); poderão ser contactadas no setor de Ciências da Saúde da UFPR, 8º andar, fone: 41-3360-7261, no período da manhã, de segunda a sexta, para esclarecer eventuais dúvidas a respeito desta pesquisa.
- e) Estão garantidas todas as informações que você queira, antes, durante, e depois do estudo.
- f) A sua participação neste estudo é voluntária, assim você tem a liberdade de se recusar a participar ou retirar o consentimento a qualquer momento sem penalização, podendo solicitar de volta o termo de consentimento livre esclarecido assinado.
- g) A sua entrevista será gravada, respeitando-se completamente o seu anonimato.
- h) Todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não são da sua responsabilidade.
- i) Pela sua participação na pesquisa, você não receberá qualquer valor em dinheiro ou outro benefício.
- j) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

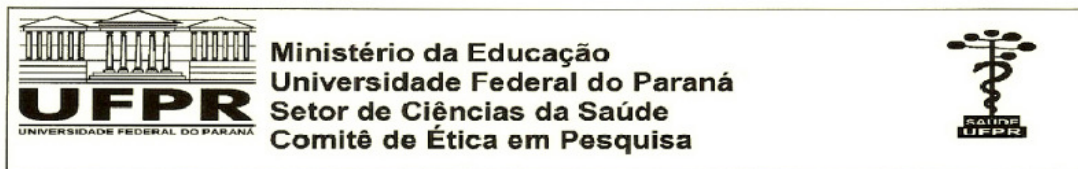
Eu, \_\_\_\_\_ li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo da pesquisa do qual fui convidado a participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios da pesquisa. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento sem justificar minha decisão. Eu concordo voluntariamente em participar desta pesquisa.

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do sujeito de pesquisa)

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do pesquisador responsável)

Curitiba, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2009.

**ANEXO**  
**TERMO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA**



Curitiba, 31 de outubro de 2008.

Ilmo (a) Sr. (a)  
**Maria Ribeiro Lacerda**  
**Luisa Canestraro Kalinowski**  
**Ingrid Meireles Gomes**

**Nesta**

Prezado(a) Pesquisador(a),

Comunicamos que o Projeto de Pesquisa intitulado **“A formação dos profissionais de saúde no cuidado domiciliar: como esta realidade é vivenciada”** está de acordo com as normas éticas estabelecidas pela Resolução CNS 196/96, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR, em reunião realizada no dia 22 de outubro de 2008 e apresentou pendência(s). Pendência(s) apresentada(s), documento(s) analisado(s) e projeto aprovado em 31 de outubro de 2008.

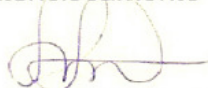
Registro **CEP/SD**: 631.168.08.10

**CAAE**: 0062.0.091.000-08

Conforme a Resolução CNS 196/96, solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos.

**Data para entrega do relatório final ou parcial: 31/04/2009**

Atenciosamente



**Profª. Dra. Lilliana Maria Labronici**  
Coordenadora do Comitê de Ética em  
Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde

Profª. Dra. Lilliana Maria Labronici  
Coordenador do Comitê de Ética  
em Pesquisa - SD/UFPR

Rua Padre Camargo, 280 – Alto da Glória – Curitiba-PR – CEP 80060-240  
Fone: (41)3360-7259 – e-mail: cometica.saude@ufpr.br